

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'Actinomyose du Maxillaire inférieur
A TYPE DES BOVIDÉS

(Avec trois planches hors texte)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Mardi 20 Juillet 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur de l'Université. — Mention " MÉDECINE "

PAR

MAÏMOUNKOFF (ASSÈNE)

NÉ LE 15 JANVIER 1889, A HASCOVO (BULGARIE)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MEYER, Professeur . . .	Président.
		ROHMER, Professeur . . .	Juges.
		FRÉLICH, Agrégé . . .	
		JACQUES, Agrégé . . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT ET C^{ie}

1915

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'Actinomycose du Maxillaire inférieur
A TYPE DES BOVIDÉS

(Avec trois planches hors texte)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Mardi 20 Juillet 1915

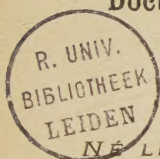
POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur de l'Université. — Mention " MÉDECINE "

PAR

MAÏMOUNKOFF (ASSÈNE)

NÉ LE 15 JANVIER 1889, A HASCOVO (BULGARIE)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MEYER, Professeur . . .	Président.
		ROHMER, Professeur . . .	Juges.
		FRÉLICH, Agrégé . . .	
		JACQUES, Agrégé . . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT ET C^{ie}

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. MEYER *, I O.

Assesseur : M. WEISS, *, I O.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O *, I O

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I O ; NICOLAS, I O ; PRENANT, *, I O
BERNHEIM, O *, I O ; F. GROSS, O *, I O

Professeurs

Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, *, I O.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, *, I O.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, *, I O.
Hygiène.....	M. MACE, I O.
Physiologie.....	M. MEYER, *, I O.
Clinique médicale.....	M. SIMON, I O.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I O.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I O.
Médecine légale.....	M. P. PARISOT, *, I O.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I O.
Histologie.....	M. BOUIN, I O.
Anatomie descriptive.....	M. ANCEL, I O.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I O.
Clinique médicale.....	M. ETIENNE, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. VAUTRIN, I O.
Pathologie interne et Pathologie générale.	M. N...

Professeur adjoint :

Clinique d'électrothérapie.....	M. GUILLOZ, *, I O.
---------------------------------	---------------------

Chargés de Cours complémentaires :

Cliniq. de chir. infantile et orthopédie.	M. FROELICH, *, I O, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires.....	M. ANDRÉ, *, I O, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. JACQUES, I O, agrégé libre.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, I O, agrégé libre.
Médecine opératoire.....	M. MICHEL, I O, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1) ..	M. MICHEL, I O, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS I O.
Clinique des maladies des vieillards ..	M. RICHON, I O, agrégé.
Accouchements.....	M. FRUHNSHOLZ, I O, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).	M. PERRIN, A O, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).	M. J. PARISOT, A O, agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. N...
Clinique médicale élémentaire (1)	M. N...
Pathologie externe.....	M. N...

Agrégés en exercice :

MM. GUILLOZ, *, I O.	MM. COLLIN, A O.	MM. BINET, A O.
LAMBERT, I O.	SENCERT, I O.	PERRIN, A O
RICHON, I O.	ROBERT, I O.	THIRY, I O.
G. GROSS, I O.	BUSQUET, A O.	FAIRISE, A O.
FRUHNSHOLZ, I O.	LUCIEN, * A O.	J. PARISOT, A O.

Agrégés libres

MM. REMY, A O, FÉVRIER, O *, I O, FROELICH, *, I O
JACQUES, I O, ANDRÉ, *, I O, MICHEL, I O, L. SPILLMANN, I O.

M. H. COIFFARD, I O. Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les imputer.

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON FRÈRE AINÉ IANKO

A MON FRÈRE BORIS

Docteur en Médecine

A MES SŒURS

A MES AMIS :

DOCTEUR MATHIEU

DICOFF

Eludiant en Médecine

ET ROGER LEVY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MEYER

Doyen de la Faculté

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROHMER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JACQUES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FROELICH

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, ce nous est un devoir agréable de présenter ici à tous nos Maîtres l'assurance de nos respectueux sentiments.

D'abord, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre reconnaissance la plus vive à M. le doyen MEYER, dont la bonté vis-à-vis de tous les étudiants, français ou étrangers, est inépuisable. En acceptant de présider notre thèse, il nous fait un honneur que nous n'oublierons jamais.

M. le professeur agrégé JACQUES nous a toujours accueilli dans son service avec la cordialité la plus franche. Il nous a montré de combien d'art et de science était faite la clinique, et de ses savantes leçons nous avons retiré le plus grand fruit. Il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse : nous le remercions vivement de cette marque de confiance.

M. le professeur BOUIN nous a toujours témoigné beaucoup d'intérêt. MM. les professeurs agrégés FRÉLICH et FATRISE sont des maîtres au dévouement desquels on ne fait jamais en vain appel.

Nous sommes heureux de leur adresser ici nos plus sincères remerciements.

M. le professeur P. PARISOT a montré à notre égard une bienveillance dont nous garderons un souvenir ému.

Nous assurons de notre vive reconnaissance MM. les professeurs GROSS, WEISS, SIMON, HERRGOTT et MM. les professeurs agrégés J. PARISOT, MICHEL, George GROSS, FRUHINSOLZ.

Remerciements particuliers à M. le docteur ADAM, actuellement médecin-chef de l'hôpital Maringer, dans le service de qui nous avons assuré les fonctions d'interne et auprès duquel nous avons pu nous mettre au courant de la chirurgie de guerre.

Nous garderons un souvenir inoubliable de M. J. LÉVY et M^{me} J. Lévy, qui se sont toujours montrés aimables et paternels envers nous, ainsi que de nos camarades, les docteurs MATHIEU et ARON, et des étudiants français qui nous ont accueilli avec tant de sympathie.

Nous avons été très fier d'être admis à donner des soins à tant de braves qui tombent pour la plus noble des causes. Cette vision d'héroïsme sera une des dernières impressions que nous emporterons de la France; elle se gravera dans notre mémoire. Dès maintenant, elle nous aura aidé à la mieux connaître et nous l'aura fait aimer plus encore, et quand, plus tard, rentré dans notre chère patrie, nous parlerons de la France, elle prêtera à nos paroles un accent que seuls peuvent inspirer l'enthousiasme et l'admiration.

INTRODUCTION

Sans qu'il soit possible d'exprimer le fait par des chiffres ayant une réelle valeur, on peut affirmer que l'actinomyose du maxillaire inférieur n'est pas fréquemment observée. Bien plus rare encore est cette forme clinique sous laquelle elle se présente parfois et qu'on a appelée « forme centrale néoplasique », ou encore « forme des bovidés », parce qu'elle évoque l'aspect typique réalisé par la localisation habituelle de l'actinomyose sur le maxillaire inférieur du bœuf.

Cette rareté sera mise en pleine lumière quand on saura que Poncet et Bérard, lors de la publication de leur *Traité*, ne pouvaient guère classer sous cette rubrique plus de trois observations.

Or, dans le courant de cet hiver, M. le professeur Jacques put observer un homme porteur d'une affection de la mâchoire inférieure qui donnait tout d'abord l'impression d'un néoplasme. Cependant, certaines particularités cliniques éveillèrent dans son esprit l'idée de lésions actinomycosiques à forme analogue à celle des bovidés. Des chirurgiens autorisés à qui fut présenté le malade repoussèrent cependant ce diagnostic, arguant surtout de l'extrême rareté de cette forme clinique chez l'homme.

Une culture pratiquée par M. le professeur Sartory,

avec une parcelle de tissu prélevée par biopsie, montra cependant le développement d'oospora, pendant que l'affection rétrocédait rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium.

C'est à propos de ce cas, intéressant à différents points de vue, que M. le professeur Jacques nous a engagé à rechercher quel était l'état actuel de la question de l'actinomyose du maxillaire inférieur à forme des bovidés, et à faire de son exposé le sujet de notre thèse.

Mais avant de commencer notre travail, nous voulons prévenir un malentendu. On verra que dans la relation du cas en question, l'étude du parasite cause de la maladie a montré qu'il ne présentait pas les apparences caractéristiques du champignon rayonné de l'actinomyose bovis. Il n'a été rencontré ni conidies, ni massues, mais seulement un mycélium que ses caractères botaniques rangent dans le genre oospora.

On pourra donc peut-être objecter que ce parasite, quoique appartenant au genre oospora, n'était peut-être pas l'actinomyces, et que la lésion qu'il a causée n'était pas de l'actinomyose.

A cette objection, Poncet et Bérard ont répondu par avance : « Pour les besoins de la clinique, nous avons englobé dans la même description tous les cas reconnaissant comme agent causale un oospora. »

C'est que ici, comme dans bien d'autres cas, il y a deux points de vue qu'il est nécessaire de séparer.

Il y a d'abord le point de vue de la clinique, dont la raison d'être est de créer des types morbides aussi définis que possible, auxquels on peut rattacher les cas qui se présentent dans la pratique journalière. C'est l'essence

même de la clinique de faire une première classification parmi les faits que la nature offre à notre examen : elle use pour cela d'une série de schémas appelés « types cliniques » qui, comme tous les schémas, s'éloignent de la réalité, mais offrent l'immense avantage de faciliter la classification des faits.

A côté du point de vue clinique, il y a le point de vue scientifique qui est l'opposé du précédent, en ce qu'il vise à l'exactitude et ne tolère point l'« à peu près ».

Remarquons bien que, la plupart du temps, toujours même, pourrait-on dire, le point de vue scientifique est secondaire dans l'ordre du temps. Il intervient pour préciser, mais précision suppose déjà un certain degré de connaissance. On connaissait les tubercules bien avant les bacilles de la tuberculose.

De même, en ce qui concerne l'actinomycose, il a été possible, à un moment donné, de créer différents types de lésions causées par un parasite auquel on avait reconnu un certain nombre de caractères.

Puis, étudiant le parasite dans différents cas répondant à ceux des types cliniques dont il vient d'être question, on reconnut qu'il présentait des particularités communes avec celles déjà vues, mais que, par d'autres côtés, il était différent.

Il ne s'agissait plus d'*actinomyces bovis*, mais d'un parasite d'une espèce très voisine.

Petit à petit on reconnut que les lésions que la clinique appelait actinomycose pouvaient être dues non seulement à des individus de l'espèce *actinomyces*, mais à ceux du genre *oospora*.

Qu'est-ce à dire ?

Tout simplement qu'à un terme clinique ne doit être attribué qu'un sens clinique : que le terme actinomycose désigne un certain nombre de lésions ayant des caractères bien déterminés. Il n'a pas de prétention botanique. On pourrait dire qu'il a seulement une valeur historique : il rappellera plus tard que les lésions qu'il désigne furent tout d'abord attribuées au seul actinomyces bovis. Ce genre de dénomination, tiré de l'étiologie, est d'ailleurs moins bien choisi, il faut le reconnaître, que celui où une affection est désignée d'après un de ses aspects cliniques.

Les résultats obtenus par la clinique ne sont en rien atteints par une dénomination défectueuse, et les types qu'elle a créés persistent. Pendant ce temps, les découvertes se multiplient dans les laboratoires. Les travaux du professeur Roger ont montré l'importance du groupe Oospora. C'est là une notion très importante, qui nous invite à préciser la nature du parasite dans chaque cas particulier, et dont la clinique se servira probablement un jour pour se perfectionner, pour modifier ses schémas et les adapter encore plus à la réalité.

En attendant, les cadres cliniques persistent, et ce serait introduire une confusion inextricable que de ne pas vouloir en tenir compte.

Voilà l'esprit dans lequel nous nous sommes mis au travail, et nous tenons à bien spécifier qu'il nous a suffi qu'une affection fut causée par l'oospora pour que nous la fassions rentrer cliniquement dans l'actinomycose.

Nous nous sommes donc efforcé de réunir les observations relatives à ce sujet, ainsi que les considérations auxquelles elles avaient donné lieu, et c'est en nous plaçant

à un point de vue purement clinique que nous avons tenté d'en faire la critique.

Dans un premier chapitre historique, nous avons essayé de situer la question de l'actinomyose du maxillaire à forme des bovidés dans l'histoire générale de l'actinomyose, tout en reproduisant les différentes observations qui ont servi à la constituer.

Un second chapitre est consacré à l'actinomyose de la mâchoire inférieure chez les bovidés : il nous a semblé qu'il était nécessaire de rappeler ce qu'était cette affection du bœuf, assez caractéristique pour avoir imposé son nom à l'affection similaire de l'homme; de plus, nous avons pensé que certaines considérations anatomo-pathologiques étaient de nature à nous faire mieux comprendre l'affection chez l'homme.

Dans le troisième chapitre, nous essayons de faire une analyse des observations; puis, avec les données ainsi obtenues, de composer le tableau clinique de l'actinomyose à forme des bovidés et de montrer quels sont les éléments de diagnostic de cette affection.

L'anatomie pathologique exposée dans le chapitre quatrième, nous permettra de montrer comment on pourrait peut-être classer plus simplement les lésions du maxillaire inférieur.

Les difficultés du diagnostic différentiel seront exposées dans le chapitre cinquième.

Les quelques considérations relatives à l'étiologie, la pathogénie et au traitement ne seront brièvement exposées dans deux courts chapitres qu'autant qu'elles découlent immédiatement du point de vue clinique auquel nous nous sommes placé.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est à une date relativement récente que fut publiée la première observation d'actinomyose humaine. Elle suivit d'ailleurs de près la description du champignon dont le rôle pathogène chez le bœuf venait d'être révélé. Bollinger, en effet, fait connaître en 1872, sous le nom d' « *Actinomyces bovis* » que lui avait donné le botaniste Harz, le parasite qui se trouve dans les tumeurs d'apparence sarcomateuse, se développant chez les bovidés, au niveau de la mâchoire inférieure.

Or, un an plus tard, James Israël relate l'histoire d'une malade atteinte d'une forme spéciale de pyémie avec de nombreux abcès, dans le pus desquels se trouvaient des granulations particulières. Il rappelle, à ce propos, que Langenbeck, lui aussi, avait également déjà observé antérieurement des granulations d'aspect analogue dans le pus s'écoulant d'un phlegmon chronique fistulisé. Il les avait alors reconnues comme étant de nature parasitaire, sans toutefois aborder l'étude de leur détermination.

Ponfick trouve, à son tour, lors de l'autopsie d'un sujet mort de phlegmon pré-vertébral, des concrétions particu-

lières et, dans un trait de génie, il les identifie avec les parasites décrits par Bollinger. Il émet l'idée que l'actinomycose du bœuf et les lésions trouvées par lui chez l'homme sont l'œuvre du même parasite, et il rattache à cette affection les cas d'Israël et de Langenbeck.

Dès lors, la question de l'actinomycose humaine est nettement posée.

A la vérité, en France, Lebert avait déjà, en 1857, donné « à des petits corps sphériques d'un jaune légèrement verdâtre, trouvés dans le pus d'un abcès thoracique », une description tellement précise, qu'on ne peut guère douter qu'il s'agissait là de grains actinomycosiques.

Cependant, les découvertes faites par Israël et Ponfick ne semblent pas avoir éveillé l'attention des cliniciens français. L'article de Firket (1884), dans la *Revue de Chirurgie*, est le premier travail d'ensemble publié, en langue française, sur la question.

Et encore l'auteur juge-t-il alors inutile d'étendre la partie clinique de son travail. Parlant des symptômes, il dit : « Nous n'entreprendrons pas d'en faire une énumération presque forcément incomplète et stérile; le lecteur saura les déduire aisément du tableau anatomique des lésions. »

L'excellent ouvrage de l'Anglais Cristoph Hearsh : « Lésions et maladies des mâchoires », ne contient aucune observation qui puisse être rattachée à l'affection qui nous occupe.

La première observation d'actinomycose humaine publiée en France se trouve dans les communications de Nocard et Lucet à l'Académie de médecine (1888).

La première thèse consacrée en France à l'étude de l'actinomycose est celle de Cart (Paris, 1890). L'auteur, après avoir rassemblé les différentes observations publiées à l'étranger, ébauche une classification clinique. Il y admet trois formes, suivant que l'affection intéresse :

- 1° Les environs de la cavité buccale et du cou;
- 2° Les environs de la paroi et des organes thoraciques;
- 3° Les environs des organes abdominaux et de la paroi abdominale.

Bécue, dans sa thèse (Paris, 1892), consacre un chapitre aux formes cliniques de l'actinomycose.

Il distingue :

1° Des formes ordinaires :

- a)* actinomycose buccale et cervicale;
- b)* actinomycose cutanée;
- c)* actinomycose thoracique;
- d)* actinomycose abdominale.

2° Des formes secondaires :

Actinomycose du foie et du cerveau.

3° Des formes exceptionnelles :

Actinomycose néoplasique limitée et maladie de Madura.

Il parle de l'actinomycose du maxillaire à propos de la forme buccale et cervicale et ne la mentionne pas du tout à propos de la forme néoplasique limitée. Voici d'ailleurs ce qu'il dit à ce propos : « Si le parasite rencontre un os, comme l'os maxillaire, il l'attaque; le processus se creuse

dans son intérieur des cavités remplies de pus qui finissent par communiquer avec l'extérieur par des trajets fistuleux plus ou moins nombreux. L'os n'affecte pas chez l'homme l'aspect de *spina ventosa* qu'on observe ordinairement chez le bœuf, dans l'actinomycose du maxillaire de cet animal; il s'agit au contraire de caries multiples avec production de nombreux ostéophytes.

Dans la 2^e édition du « Traité de Chirurgie » de Duplay et Reclus, la question de l'actinomycose est déjà amplement exposée, mais c'est seulement dans le « Traité clinique de l'actinomycose » de Poncet et Bérard, paru en 1898, qu'on peut trouver une description vraiment complète des formes cliniques de l'actinomycose, description qui est d'ailleurs classique en France.

Ces auteurs distinguent : une actinomycose cervico-faciale, une actinomycose thoracique, une actinomycose abdominale et une actinomycose intéressant la peau et les membres.

L'actinomycose cervico-faciale est pour la première fois soigneusement et très longuement étudiée.

Les formes cliniques de cette actinomycose cervico-faciale, édifiées d'après l'étude de 57 cas, sont classées d'après leur localisation en :

1^o Formes intéressant les parties molles :

- a)* temporo-maxillaire;
- b)* gingivo-jugale;
- c)* sus-hyoïdienne;
- d)* peri-maxillaire;
- e)* peri-pharyngo-laryngée;
- f)* cervicale large.

2° *Formes intéressant le squelette :*

Actinomyose des maxillaires.

Les formes cliniques de l'actinomyose du maxillaire inférieur se subdivisent elles-mêmes en formes périphériques et formes centrales.

« Dans les deux formes, d'ailleurs, il s'agit de lésions destructives, et si, pour les besoins de la clinique, nous distinguons une forme périphérique (périmaxillite) raréfiante ou ulcéreuse, une forme centrale (maxillite) térébrante, une forme centrale néoplasique, nous entendons seulement par là que dans les deux premières la prolifération conjonctive est absente, tandis que dans la troisième elle est telle que les deux tables de l'os ont été écartées, boursofflées sous cette pression excentrique au point de donner à la pièce squelettique un volume énorme.

**Tableau des formes cliniques de l'Actinomyose
cervico-faciale, d'après Poncet et Bérard**

**A. — FORMES INTÉRESSANT
LES PARTIES MOLLES**

temporo-maxillaire.
gingivo-jugale.
sus-hyoïdienne.
périmaxillaire (forme hyperostose).
peri-pharyngo-laryngée.
cervicale large.

**B. — FORMES INTÉRESSANT
LE SQUELETTE**

Forme périphérique : (périmaxillite) raréfiante ou ulcéreuse.

Forme centrale : a) forme centrale (maxillite) térébrante;
b) forme centrale néoplasique.

C'est de la forme centrale ou néoplasique, appelée encore forme bovine, que nous entendons nous occuper dans notre travail.

Maintenant que nous avons vu quelle place occupe cette forme clinique dans la classification, voyons comment elle a été édifiée.

Les observations où ce type clinique a été le plus nettement réalisé, et qui ont servi pour ainsi dire de matériaux à son élaboration, sont celles de Guérmonprez, de Legrain et de Ducor, cette dernière très caractéristique, disent Poncet et Bérard.

Nous les reproduisons ci-dessous (I, II, III, IV).

Nous mentionnons aussi, quoiqu'il soit très incomplètement rapporté, le fait de Gluck, qui paraît se rattacher à notre sujet.

OBSERVATION I.

Actinomycose du maxillaire inférieur et de la région sous-maxillaire gauche. Intervention. — Guérison. (In GUERMONPREZ et BÉCUE, Bibliothèque Charcot-Debove, 1894).

(Résumée dans le *Traité de l'Actinomycose* de Poncet et Bérard).

Nestor D..., 14 ans, garçon d'écurie à Saint-Sylvestre-Cappel (Nord) ; soigne en même temps, les vaches laitières.

En août 1891, il se blesse à la gencive, en un point nettement précisé, en bas, en arrière et à gauche, en mâchonnant un fragment de paille de blé.

Une tumeur se forme en ce point et augmente peu à peu malgré l'avulsion d'une dent voisine, non douloureuse, mais cariée. En octobre survient une tuméfaction superficielle, siégeant un peu au-dessous et en avant de l'angle gauche du maxillaire inférieur.

En novembre, elle s'ouvre en donnant issue à une petite quantité de pus dont les caractères n'ont pas été observés. En même temps, des douleurs spontanées surviennent. M. le docteur Poupart père, de Saint-Sylvestre, voit le malade, et, craignant l'étroitesse du pertuis fistuleux, pratique un débridement qui n'apporte qu'un court soulagement (huile de foie de morue à l'intérieur, pansements avec pommade iodurée).

Le 16 décembre 1891, M. le docteur Guermontprez constate un ulcère circulaire de 1 centimètre de diamètre, avec des bords minces taillés à pic et avec un fond lisse, de couleur irrégulière, d'un rouge grisâtre, moins sanieux que les ulcères tuberculeux. Au pourtour de l'ulcère, la

peau est décollée, d'un rouge vineux, amincie et sensible. A la limite du décollement, un petit bourrelet adhère aux tissus sous-jacents.

On propose une intervention : excision des portions décollées de la peau, curetage des fongosités sous-jacentes et cautérisation au thermocautère, que la famille diffère d'un mois.

Le 16 janvier 1892, tuméfaction, ulcère et décollement ont progressé. Après chloroformisation, M. Guermonprez commence l'opération proposée. La curette, après une action énergique et prolongée, tombe sur un étroit pertuis qui conduit le stylet au-dessous, puis en dedans du maxillaire inférieur. Grâce à l'anesthésie, l'exploration permet de déterminer la consistance uniformément dure et le siège exact de la tumeur, du volume d'un œuf, développée aux dépens du bord inférieur et de l'angle gauche du maxillaire inférieur.

L'opération est suspendue.

Quelques jours après, une consultation est provoquée avec le docteur Redier, et l'ablation de la tumeur du maxillaire inférieur est décidée, en réservant le diagnostic, resté incertain.

Elle est pratiquée le 24 janvier 1892 : longue incision en *L* embrassant l'angle du maxillaire. Périoste détaché à la rugine. On met à découvert ainsi une surface osseuse, irrégulière, d'une couleur gris foncé, d'une consistance assez ferme.

Un trajet fistuleux de 3 millimètres de diamètre, comme taillé à l'emporte-pièce, est agrandi à la gouge. Il conduit sur un tissu raréfié, avec certaines portions molles, presque gélatineuses, de couleur grise, framboisée ou noirâtre.

D'autres foyers sont crémeux, d'un jaune pâle, d'autres enfin, très friables avec des marbrures jaunes ou grisâtres.

Ablation à la curette de tout ce tissu, j'usqu'à l'os sain. Le canal dentaire n'est pas intéressé. On termine en faisant sauter, à la gouge, des productions osseuses périostiques, très dures, qui épaississent l'angle du maxillaire. On énuclée un ganglion lymphatique induré au-dessous de ce point.

Grattage énergique des parties molles. Lavages copieux au sublimé. Autoplastie par glissement. Pendant huit jours, légère paralysie faciale, puis guérison définitive.

OBSERVATION II

Actinomycose néoplasique à forme kystique du maxillaire inférieur (LEGRAIN, Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1895).

(La photographie de la malade dont il est question ci-dessous a été publiée dans les *Archives de Parasitologie*, Janv. 1898).

Il s'agit d'une jeune femme kabyle d'environ 25 ans, mariée à un boucher indigène et habitant les environs de Bougie. Nous l'observons depuis le mois de novembre 1894. L'affection aurait débuté, vers la fin de l'année 1892, par une petite ulcération située dans le sillon gingivo-labial, au niveau des incisives inférieures. Puis, l'affection progressant de dedans en dehors, la peau du menton s'ulcéra à son tour sur une surface grande comme une pièce de deux francs. Quelques mois plus tard, de vagues douleurs apparurent dans tout le corps du maxillaire inférieur. A partir de ce moment, on perçut nettement un épaississement de l'os, qui alla en augmentant pendant la fin de 1893 et le commencement de 1894.

Les dents s'ébranlèrent, mais sans tomber. En juillet 1894, une fistulette se forma à deux centimètres environ au-dessous du collet de la canine inférieure gauche ; un écoulement constant de pus se fit par cette fistule. Le seul traitement qui fut fait consista en pointes de feu appliquées par un médecin arabe.

En novembre 1894, nous voyons la malade pour la première fois. La région du menton est notablement augmentée de volume, et la peau est, à ce niveau, le siège d'une ulcération irrégulière dont les bords rougeâtres sont légèrement indurés. Le maxillaire inférieur lui-même, dans sa portion médiane, est énormément épaissi ; il forme dans cette région une masse atteignant le volume d'un œuf de poule. En pressant à ce niveau le maxillaire, qui semble boursoufflé, on voit que l'os est absolument ramolli, et qu'il n'existe plus qu'une coque se laissant facilement déprimer.

En appuyant avec le pouce sur le corps du maxillaire, au niveau de la deuxième grosse molaire droite, on s'aperçoit qu'il existe à ce niveau une réelle pendarthrose déterminant une asymétrie légère de la face. Une aiguille à ponction peut être enfoncée presque sans résistance dans toute la portion boursoufflée du maxillaire, jusqu'à une profondeur de trois centimètres environ.

En aspirant avec la seringue, on en retire le pus caractéristique de l'actinomycose. Le diagnostic, d'ailleurs, avait, pour ainsi dire, été porté par le mari de la malade, qui exerçait la profession de boucher et prétendait que sa femme avait à la mâchoire la même maladie que certains des bœufs qu'il tuait. Le traitement fut le suivant : 10 gouttes de teinture d'iode et 4 grammes d'iodure de potassium par jour furent administrés pendant huit jours à la malade.

Après évacuation du pus par des ponctions répétées, on

fit dans l'intérieur du maxillaire une injection de 10 centimètres cubes d'une solution contenant : iode, 1 gr.; iodure de potassium, 2 gr.; eau distillée, 100 gr.

Dès le troisième jour, le liquide retiré par la ponction était séro-sanguinolent; depuis, le pus ne s'est plus reproduit. En ce moment (fin juin), le volume du maxillaire a notablement diminué; l'ulcération du menton s'est cicatrisée et la cicatrice est devenue chéloïdienne. Toutefois, la substance osseuse du maxillaire inférieur, dans toute sa partie médiane, ne s'est nullement reformée; le maxillaire présente à ce niveau une cavité kystique pleine d'un liquide séreux, entourée d'une mince couche périostique facile à traverser avec l'aiguille à ponction. Aucune crépitation n'est plus perçue au niveau de la branche droite du maxillaire inférieur où la fracture spontanée s'est consolidée.

OBSERVATION III

Rapportée dans le *Traité clinique de l'actinomyose humaine*, par PONCET et BÉRARD. (DUCOR, *Gazette des Hôpitaux*, 1896). Résumée.

(Les photographies concernant ce cas ont été publiées par Poncet, dans le *Lyon Médical* du 5 juillet 1896. Des dessins faits d'après ces photographies se trouvent dans la thèse de Thollon, où l'on trouvera d'ailleurs quelques détails complémentaires qui ne figurent pas dans le texte ci-dessous.)

La malade, âgée de 42 ans, appartient à la classe aisée et habite surtout à Paris. Bonne santé habituelle, malgré une fièvre paludéenne à 16 ans; depuis, abcès dentaires répétés et fièvre typhoïde.

L'affection actuelle débuta brusquement en 1888.

Douleurs, tuméfaction, trismus.

De 1888 à octobre 1895, évolution d'une tumeur siégeant

sur le côté droit de la face, dans la région maxillaire. Processus tantôt néoplasique, tantôt inflammatoire. La constatation de grains jaunes jointe à l'existence de nombreuses fistulettes et du trismus précoce fit penser à l'actinomyose. M. Nocard, consulté, constata, dans les produits glaireux, le mycélium caractéristique.

4 Septembre. — EXAMEN. — La tumeur, dont le volume paraît être celui de la tête d'un fœtus à terme, très proéminente en avant et à droite, occupe tout le côté droit de la face, au-dessous du niveau du rebord orbitaire, et empiète légèrement sur le côté gauche, de telle façon que la bouche, complètement déplacée, paraît tout entière être située sur la joue gauche. La bouche reste constamment entr'ouverte et laisse apercevoir la muqueuse gingivale recouvrant une mâchoire très développée dans tous les sens et criblée de petits orifices par lesquels s'écoulent incessamment des produits muqueux filiformes très tenaces.

Quand on examine la malade de face, l'oreille droite ne peut être aperçue ; un peu au-dessous d'elle et visible surtout sur le profil, on aperçoit une bosselure parotidienne, à l'endroit même où débuta le mal en 1888. Le reste de la tumeur est absolument lisse ; la peau d'une coloration normale, mais vascularisée et souple, sans adhérences, absolument intacte. En dedans, le sillon naso-labial est effacé à droite par suite du développement en avant de la tumeur, qui obture en partie la narine droite et rejette presque horizontalement, à gauche, le sillon médian.

La hauteur de la tumeur, prise en abaissant une perpendiculaire de la tempe, en dehors de l'angle externe de l'œil, à la limite inférieure du maxillaire à droite, est de 16 centimètres ; à gauche, la même mensuration donne 10 centimètres ; la même perpendiculaire abaissée de l'angle externe

de l'œil à la même limite inférieure, de 14 cent. 1/2 à droite, 10 centimètres à gauche. A la palpation, la tumeur donne par places la sensation d'une induration ligneuse qui se manifeste, pour ainsi dire, par îlots plus ou moins étendus ; elle n'englobe pas toute la masse ; à côté de portions scléreuses, offrant une résistance absolue à la pression, on trouve quelques parties ramollies, fluctuantes, devant faire croire à l'existence d'abcès ou de fongosités. La sensibilité à la pression, presque nulle sur les parties ligneuses, est plus marquée sur les parties à consistance molle, particulièrement dans la région parotidienne.

La tumeur présente une très grande épaisseur : 8 ou 9 centimètres de largeur, sur une hauteur de 6 centimètres environ, dans la portion intra-buccale qui peut être mesurée ; elle offre des limites très nettes dans tous les points que le doigt peut atteindre ; la langue se meut avec la plus grande facilité ; la région sus-hyoïdienne est absolument libre. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le trismus ne permet qu'un écartement très faible des mâchoires, suffisant à peine pour l'absorption d'aliments liquides.

Il reste 19 dents, toutes saines. Les dents qui manquent ont été extraites. Les dernières extractions ont donné lieu à des hémorragies copieuses.

Le stylet, introduit par les petits pertuis s'ouvrant dans la bouche, se trouve arrêté ou conduit sur des masses fongueuses saignant avec une déplorable facilité. La malade est amaigrie, mais non cachectisée. Cœur et poumons fonctionnent bien, pouls faible et régulier ; température ordinairement basse, urines normales, pas de coloration jaune-paille des téguments. Appétit peu développé. Pas de dégoût pour la viande. Constipation tenace. Règles supprimées depuis dix mois.

La malade paraît s'être infectée en mâchant des épis d'orge ou de blé, habitude qu'elle avait contractée dès sa jeunesse.

On institua, le 15 septembre 1895, le traitement ioduré à la dose moyenne de 2 gr. 50 par jour. De plus, sur le conseil de M. Nocard, en présence de l'association de l'actinomyose et du streptocoque, on fit trois injections de sérum antistreptococcique de Marmork. On dut cesser ces injections à la suite de quelques accidents. Le traitement ioduré fut bien supporté ; l'iode a, de plus, été employé largement soit en badigeonnages sur la surface intra-buccale de la tumeur, soit en injections parenchymateuses.

Le 7 avril, on observe des modifications très sensibles, quoique lentement obtenues. Les diamètres de la tumeur ont été réduits de 3 centimètres dans tous les sens ; la patiente a la sensation très nette que le poids en est très sensiblement diminué ; en se plaçant en face de la malade, on aperçoit les deux oreilles ; la bouche tend à reprendre sa position naturelle. La portion intra-buccale de la tumeur s'est affaissée, surtout dans sa partie antérieure ; les lèvres arrivent au contact d'une façon permanente ; la bouche s'ouvre assez pour permettre d'apercevoir la luette et de passer le doigt derrière la branche montante du maxillaire. L'alimentation étant très facilitée, la malade reprend ses forces ; les règles apparaissent de nouveau régulièrement depuis le mois de décembre. Plus d'hémorragies. Peu de douleurs, sommeil plus régulier. La malade diminue la dose de morphine qu'elle était obligée de prendre.

Pour la tumeur, la dureté ligueuse ne subsiste que par îlots de plus en plus restreints ; les portions ramollies sont devenues fluctuantes. Ponctions et injections modificatrices. Le liquide retiré est visqueux, couleur jus de pru-

neau. On trouve des grains jaunes, mais pas de streptocoques.

A ce moment, la tumeur éveille l'idée de maladie kystique des mâchoires.

Le 27 décembre 1895, la malade est présentée à M. Poncet qui confirme le diagnostic d'actinomyose circonscrite à forme bovidée et conseille une ablation aussi large que possible des parties malades. Néanmoins, on continue les injections iodées, qui sont de plus en plus mal supportées et déterminent des hémorragies inquiétantes.

Le 25 mars 1896, M. Jalaguier pratique l'intervention suivante : il fait une longue incision partant de l'angle de la mâchoire et atteignant presque la symphyse du menton ; il sectionne entre deux ligatures l'artère et la veine faciales et pratique l'ouverture d'une masse kystique composée d'une douzaine de poches remplies les unes d'un liquide opalin, gélatineux, les autres d'un sang noirâtre. Trois de ces kystes avaient le volume d'un gros œuf ; les derniers ouverts contenaient seuls les grains jaunes caractéristiques dont l'absence, pendant la plus grande partie de l'opération, avait trompé l'attente des assistants. La masse kystique était contenue dans une coque ostéo-fibreuse, formée aux dépens des couches externes du maxillaire, ce qui est bien en rapport avec ce que nous savons de la marche du parasite pénétrant de l'extérieur à l'intérieur, et arrêté d'abord par les masses musculaires, puis par le périoste, et enfin par les couches externes de l'os. La branche montante, dilatée dans sa totalité, formait un vaste kyste uniloculaire, à parois lisses, rempli d'un liquide hématique, noir, filant.

La coque ostéo-fibreuse était hérissée d'aiguilles osseuses, irrégulières, très pointues ; on retrouve là la disposition stalactitifforme sur laquelle insiste Kundrat.

Toutes ces cloisons sont détruites à l'aide de ciseaux ou de la curette tranchante, de manière à former une cavité unique. Cautérisation au thermocautère. Tamponnement iodoformé. L'écoulement sanguin, assez abondant au moment de la destruction des cloisons, est facilement arrêté par la compression au moyen d'éponges; l'artériole, source des hémorragies des jours précédents, est découverte à l'origine d'une des cloisons ostéo-fibreuses, près de la symphyse : elle est pincée et liée.

Un fragment de cette cloison est recueilli et confié à l'examen de M. le docteur F. de Grandmaison.

La pièce ne présente à sa surface aucun grain actinomycotique ; mais il n'en est plus de même quand on y pratique une section. Le rasoir mord dans le tissu sans éprouver la moindre résistance et découvre, à son intérieur, deux grains jaunâtres, petits, atteignant à peine le diamètre d'un grain de mil, qui s'écrasent facilement entre deux verres. Après écrasement, les grains sont colorés au picro-carmin, montés dans la glycérine et examinés extemporainement. Bien que cette opération ait dissocié les actinomycètes, on peut néanmoins, avec l'objectif 4 *B* et l'oculaire n° 3 de Reichert, retrouver les éléments constitutifs du parasite.

Le tissu fondamental se présente sous la forme d'un tissu fibrillaire offrant de longues travées dans lesquelles on retrouve des éléments cellulaires ronds, bien colorés par le carmin, et qu'on doit considérer comme des ostéoblastes. Dans les mailles limitées par les fibrilles se dessinent de larges îlots, revêtant les formes les plus variées, à la périphérie desquels sont accumulées et pressées les unes contre les autres des cellules fortement colorées, plus volumineuses que les ostéoblastes, formant bordure à des espaces plus clairs, au sein desquels nous retrouverons bientôt le parasite. Ces îlots inflammatoires ne sont autres que des

cellules géantes avec leur couronne de cellules épithélioïdes ; elles constellent absolument le champ de préparation (1).

Par places, les travées limitent un tissu fibrillaire, privé d'ostéoblastes, appelant le tissu fondamental de l'os, et creusé d'espaces clairs, qu'on dirait avoir été faits à l'emporte-pièce et qui semblent avoir été produits par la disparition de corpuscules actinomycétiques, artificiellement détachés par les manœuvres de préparation. Les actinomycètes se rencontrent dans les grandes cellules et en plein tissu fondamental, où l'objectif 8 A permet de bien détailler leur structure. Dans les cellules, le parasite offre des piqures moins parfaites qu'au milieu des travées, ce qu'on est en droit d'attribuer à la plus grande intensité de la réaction phagocytaire, non douteuse dans le premier cas. On trouve alors seulement la masse fibrillaire centrale de l'actinomycète, nettement dessinée en jaune par le picro-carmin, en rose pâle par l'orséine ; à sa périphérie se voient quelques renflements claviformes, isolés, disposés sans ordre, bien reconnaissables à leur coloration rouge intense et à leur extrémité renflée en massue.

Au sein des travées fibrillaires, les parasites se dessinent plus nettement ; ils y apparaissent avec tous leurs détails structuraux caractéristiques, et les préparations colorées par le picro-carmin sont les plus démonstratives.

Dans toutes les préparations, faites et examinées avec le plus grand soin, aucune n'a présenté d'autre parasite que l'actinomycète ; il a été notamment impossible de déceler soit des streptocoques, soit des staphylocoques, malgré des examens répétés avec l'objectif à immersion.

(1) L'auteur ne signalant pas dans ces cellules de noyaux multiples, ne s'agirait-il pas plutôt de grandes cellules plasmatiques du stroma ?

L'opération avait duré une heure ; il avait été dépensé environ 15 grammes de chloroforme.

L'opérée, très faible, est reportée dans son lit ; on pratique dans la journée deux injections de 50 grammes de sérum artificiel et deux injections de caféine ; le soir, l'état est satisfaisant ; ces injections ont été renouvelées pendant deux jours. Les suites opératoires furent d'ailleurs des plus simples et sans la moindre élévation de température.

Le 27 mai, le tamponnement iodoformé est enlevé sans qu'il se produise le moindre écoulement sanguin, et la cavité est légèrement bourrée avec de la gaze salolée.

Depuis ce moment, les pansements ont été renouvelés tous les jours, puis tous les deux jours. Le suintement séro-sanguinolent, très abondant pendant les premiers jours, diminue progressivement et est remplacé par une sup-puration toujours un peu séreuse. La malade reprend rapidement ses forces et rentre chez elle le 6 juin, le onzième jour après l'opération.

Le 16 juin, la plaie se fermant rapidement, un gros drain est placé, remontant jusqu'à la partie supérieure de la branche montante déjà considérablement revenue sur elle-même. A partir de ce moment, la guérison progresse rapidement ; en juillet, la malade peut aller à la campagne ; la tuméfaction du maxillaire a diminué encore beaucoup, les mouvements de l'articulation sont plus libres.

A la fin de 1896, la guérison est complète, avec retour des fonctions de la mâchoire à l'état normal, et déformation extérieure réduite au minimum.

OBSERVATION IV

A la *Berliner medicinische Gesellschaft* (séance du 4 novembre 1896), W. Gluck fait la démonstration d'un cas d'actinomyose de la mâchoire inférieure à forme de tumeur, guéri depuis un an et demi par désarticulation de la moitié droite de la mâchoire. Le compte rendu de la séance ne parle ni du malade, ni de la maladie. Dans la discussion, il est question surtout de la prothèse à laquelle donna lieu cette extirpation.

Cependant il est dit :

Dans le cas en question de pratiquer la désarticulation de la moitié droite de la mâchoire inférieure, l'extirpation de la parotide et la ligature de la carotide externe à cause d'une actinomyose en forme de tumeur de la mandibule, de la parotide et des parties molles adjacentes. A cause de l'extension et de la nature de la plaie, et à cause aussi de l'état de délabrement des tissus, on ne peut songer malheureusement à une prothèse immédiate.

OBSERVATION V

EXTRAIT d'un article intitulé :

Sur quelques affections parasitaires observées en Algérie,
publié par LEGRAIN, dans les *Archives de Parasitologie*, janvier 1898.

J'ai eu l'occasion de suivre pendant près de trois ans un cas d'actinomyose du maxillaire inférieur à forme polykystique, chez une femme kabyle, malade d'ailleurs très indo-

cile. Les diverses ponctions et injections iodées que j'ai pu faire à des intervalles d'ailleurs très irréguliers, m'ont montré la formation successive des cavités kystiques. J'ai pu délimiter par les ponctions au moins quatre grandes cavités, dont la paroi externe n'est guère constituée que par une couche périostique. Une ulcération de la joue, consécutive à la propagation de l'infection osseuse primitive, s'est cicatrisée par une chéloïde.

D'après cette observation, j'ai tenu à signaler la fréquence relative de la forme kystique de l'actinomycose chez les Kabyles, puisque j'en ai observé trois cas en quatre ans, et que le cas de Ducor, publié en août 1896, est le premier cas, observé en France, d'actinomycose du maxillaire à forme néoplasique limitée.

J'ai attiré l'attention de plusieurs confrères exerçant dans la région des hauts plateaux, sur l'existence de l'actinomycose. Aucun cas ne m'en a encore été signalé autre part que sur la côte et dans la Kabylie.

Postérieurement à la publication du *Traité de Poncet*, on trouve dans la littérature, soit française, soit allemande, un seul cas qui se rattache indiscutablement à la forme bovine. C'est celui publié dans l'article de von Bruns, que nous rapportons ci-dessous.

Kramer, résumant dans le *Zentralblatt für Chirurgie* (1903) l'article de von Bruns, ajoute qu'il a vu un cas analogue d'actinomycose centrale du maxillaire inférieur au niveau du menton, chez un cultivateur de 40 ans.

Il l'a guéri par curetage des abcès actinomycosiques et résection de la paroi antérieure de la grande carte osseuse.

OBSERVATION VI

Zentrale Aktinomyose des Unterkiefers

von Professor Dr V. BRUNS

(In *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1903, p. 235.)

O. Bollinger, à qui revient l'honneur de la découverte du champignon de l'actinomyose, a décrit, dans le n° 1 de cette Revue, un cas particulier d'actinomyose primitive du tarse. Il fait alors remarquer la rareté de l'actinomyose osseuse en général.

La rareté de l'actinomyose squelettique est en rapport avec ce fait qu'elle est presque toujours secondaire.

L'infection se produit en effet presque toujours, comme nous le savons maintenant, par pénétration de corps étrangers porteurs du champignon, qui pénètrent par la muqueuse ou parfois par la peau. Le foyer primaire se développe ainsi dans les parties molles.

Il a évidemment tendance à s'étendre le long du squelette, notamment le long des mâchoires, de la base du crâne, des vertèbres, des côtes, du sternum, mais le processus progresse en général plus fréquemment dans les tissus parostaux que dans le périoste ou l'os.

En règle générale, il n'y a participation de l'os que si l'inflammation actinomycosique progresse d'une façon continue dans la profondeur jusque dans ou sous le périoste, ou si éventuellement le corps étranger porteur du champignon pénètre d'emblée jusqu'à l'os.

L'affection osseuse est et reste habituellement superficielle.

L'ostéite actinomycosique donne à l'os lui-même une surface vermoulue.

Parfois la carie pénètre l'intérieur de l'os et fait amener la formation dans l'os, par le mécanisme des fistules et des grands foyers, de granulations, de cavités et de perforations. Sous certains rapports, l'actinomycose du maxillaire inférieur occupe une situation spéciale.

On connaît ce qu'on appelle la « *Kieferactinomycose* », la localisation à beaucoup près la plus fréquente, qui est une actinomycose des parties molles de la mâchoire inférieure, sans participation de la mandibule.

Eh bien ! il y a ici une différence, laquelle doit être notée, et qui n'est d'ailleurs pas tout à fait expliquée avec l'actinomycose bovine, où il s'agit habituellement d'une affection du centre de la mâchoire avec un important boursoufflement osseux.

Les chiffres suivants montrent combien est rare la participation de l'os dans l'actinomycose de la mâchoire chez l'homme.

Sur 47 cas d'actinomycose de la région du maxillaire inférieur, Schlange trouve seulement une fois l'os rugueux (*rauh*) ; il était normal dans les autres cas.

Sur 57 cas d'actinomycose de la tête et du cou, V. Baracs trouve que le maxillaire inférieur est intéressé 7 fois ; la plupart du temps, il était superficiellement dénudé ; chaque fois se trouvait un foyer osseux gros comme un pois ou une noisette rempli de granulations typiques.

Sur 42 cas d'actinomycose de la tête et du cou observés dans ma clinique, 5 fois le maxillaire inférieur était intéressé, 2 fois il y avait une carie superficielle, 2 fois il y avait de petites cavités dans l'os, avec sequestre très petit,

enfin une fois une actinomycose centrale à forme de *néo-formation myélogène*.

Cette actinomycose centrale du maxillaire inférieur est très rare; elle offre un intérêt particulier, notamment en ce qui concerne la porte d'entrée du champignon.

L'invasion, comme nous l'avons vu, part en règle générale de la muqueuse; des foyers parostaux et périostaux pénètrent à l'intérieur de l'os. Mais l'invasion ne peut-elle pas aussi se faire directement d'une alvéole dentaire dans l'intérieur de l'os.

Sans doute les recherches de Bostroëm ont réfuté la première supposition d'Israël qui accusait les dents cariées d'être la porte d'entrée du champignon. Il apporte le premier que l'infection se faisait par la muqueuse.

V. Baracs a aussi récemment confirmé ce mode d'infection par toute une série d'observations, dans lesquelles les champignons et les corps étrangers porteurs de ces champignons n'ont pas été trouvés dans les cavités des dents, mais dans les abcès des parties molles.

Il est évident que cela n'exclut pas la possibilité que l'actinomyces pénètre de la cavité d'une dent cariée jusqu'à l'os, à travers les canaux radiculaires de la dent.

Israël, Vaslich et Silbervechimt ont à plusieurs reprises réussi à démontrer dans les canaux radiculaires des dents des amas actinomycosiques.

A la suite de l'extraction d'une dent, l'actinomycose a pu, de l'alvéole dentaire, pénétrer dans l'os.

L'actinomycose centrale se présente sous différentes formes :

- a) carie centrale.
- b) néo-formation centrale.

Dans la première forme, on trouve dans l'os des cavités plus ou moins grandes, remplies de granulations typiques et communiquant par des fistules ou de très larges formations avec des abcès de voisinage.

Dans un cas d'Israël, le milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur était boursoufflé et contenait une cavité remplie de tissu de granulations et de trabecules osseuses cassantes, qui était en connexion, par une perforation de la paroi externe, avec un abcès sous-muqueux de la joue.

Dans un cas de Février, à la place des dernières molaires inférieures qui manquaient, il y avait une cavité au fond de laquelle se trouvait un sequestre long et dur; la sonde pénétrait par la cavité dans un abcès sous-maxillaire.

L'autre forme d'actinomycose des maxillaires inférieurs est la forme à néo-formations centrales, qu'on pourrait désigner par le nom *actinomycom* ? La caractéristique est le boursoufflement à forme de tumeur de la mâchoire inférieure, notamment dans la région de l'angle, ainsi que le peu ou le manque de participation des parties molles.

La tumeur se compose d'une coque osseuse qui comprend une ou plusieurs cavités kystiques. Leur contenu est du tissu de granulation actinomycosique qui a un aspect tantôt mou et fongueux, tantôt dur et sarcomateux.

Jusqu'à présent, il n'y a qu'un seul cas de cette espèce dont on s'est assuré par « *die Autopsie* » pendant l'opération.

D'après le rapport de Ducor et Poncet, il s'agissait d'une tumeur de la grosseur de la tête d'un nouveau-né

qui occupait la moitié droite du maxillaire inférieur. La consistance était d'une dureté osseuse, par place molle.

Lors de l'opération, on vit que la tumeur se composait d'une douzaine de cavités séparées l'une de l'autre par des parois. A la place de l'os, il y avait seulement une coque fibro-osseuse.

Il pourrait donc être intéressant que j'apporte ici une observation qui peut être considérée comme une « *Kiefer-actinomyose* » centrale.

Chez un homme de 30 ans s'était développée une tumeur du maxillaire inférieur gauche, qui occupait l'angle de la mâchoire, la branche montante et la moitié de la branche horizontale. A la palpation, la tumeur était d'une dureté osseuse ; pas d'endroits mous ; quelques parties, notamment vers l'angle de la mâchoire, étaient sensibles à la pression. Les parties molles et la peau qui les recouvrait n'étaient pas changées et étaient mobiles.

Il manquait la dernière molaire du côté malade ; il y avait un peu de trismus et, sous le bord du maxillaire, on pouvait sentir un ganglion enflé, un peu sensible.

En piquant avec le bistouri depuis la surface interne ou externe, on ne pouvait constater aucun foyer de ramollissement.

On pose donc le diagnostic d'ostéo-sarcome.

La tumeur s'accroissant constamment et les douleurs étant apparues depuis quelques semaines, le malade se soumet à l'opération.

Incision autour de l'angle de la mâchoire. Désinsertion musculaire en dedans et en dehors de l'os.

L'angle de la mâchoire est réséqué en respectant la continuité de l'os.

On tombe, à l'intérieur de l'os, sur une cavité étendue limitée par de la substance osseuse molle, et remplie de tissu sarcomateux.

On se contenta de cureter complètement la cavité à la curette tranchante et de tamponner au sublimé.

La guérison a persisté depuis maintenant 10 ans.

L'importance pratique de cette observation réside en ceci que lors du diagnostic de tumeur du maxillaire inférieur, il faut penser à l'actinomycose centrale. La résection d'un côté de la mâchoire peut être évitée et remplacée par une plus petite intervention.

Pour ce qui est des livres classiques ou des manuels, ils n'apportent aucun élément nouveau à la question et on ne saurait évidemment leur en faire un reproche.

Du moins serait-on en droit de leur demander de rapporter avec fidélité les opinions et les faits qu'ils exposent. La lecture d'un des plus récents Précis de Pathologie externe nous a montré qu'il n'en était malheureusement pas toujours ainsi.

Ainsi donc, six observations : c'est tout ce que nous avons pu trouver dans la littérature soit française, soit allemande, concernant l'actinomycose à forme bovine, telle qu'elle est définie par Poncet et Bérard.

Nous verrons plus tard s'il n'y aurait pas lieu de classer dans un même groupe, à côté des cas précédents et de celui rapporté cette année par M. le professeur Jacques, quelques autres observations où l'analyse clinique nous montre certains caractères qui, à notre avis, les y rattache naturellement.

CHAPITRE II

L'Actinomycose de la mâchoire inférieure chez les Bovidés

L'actinomycose est peu fréquente en France chez les bovidés; par contre sa localisation sur les mâchoires est la plus communément observée.

Aussi, quand chez l'homme on parle de l'actinomycose à forme bovine, est-ce une actinomycose de la région de la mâchoire qu'on entend désigner.

C'est la mâchoire inférieure, disions-nous, qui est le plus souvent intéressée. Cette localisation est une des plus étudiées, et par les vétérinaires à cause de l'intérêt qu'elle présente pour leur art, et par les anatomo-pathologistes, à cause des éléments de comparaison qu'ils ont pensé trouver dans son étude, avec la lésion analogue chez l'homme.

Il nous a paru intéressant de donner l'idée de ce qu'est, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-

pathologique, l'actinomycose de la mâchoire inférieure chez les bovidés.

Nous ne pouvons mieux faire, dans ce but, que de reproduire l'excellente description de Firket.

Actinomycose du bœuf

(*Revue de Médecine* 1884, Ch. FIRKET).

Le plus souvent il s'agit du développement d'une infiltration néoplasique au niveau de l'angle du maxillaire inférieur ; parfois aussi, mais plus rarement, à la mâchoire supérieure. Les lésions progressent lentement et finissent par déterminer, du côté de la surface cutanée, une tuméfaction parfois considérable, qui soulève la peau, la distend et en amène la perforation : le tissu néoplasique, jusque-là contenu, acquiert alors un développement plus rapide et donne lieu à la production de fongosités d'un gris jaunâtre, parfois rougeâtre ou brunâtre à la suite des petites hémorragies que provoquent forcément les traumatismes extérieurs. En même temps, la lésion progresse dans la profondeur ; les muscles sont détruits, l'os, irrité au début et couvert d'ostéophytes parfois considérables, ne tarde pas à être attaqué ; les cloisons alvéolaires sont bientôt détruites ; les dents, dont la couronne et la pulpe sont en général demeurées saines, sont soulevées et tombent, et le néoplasme arrive enfin à végéter librement dans la cavité buccale.

En même temps, la consistance du tissu, parfois encéphaloïde, d'autres fois assez ferme, comme lardacé, ne tarde pas à subir des modifications : d'une part, les influences traumatiques extérieures y amènent forcément des hémorragies, des nécroses superficielles ; de l'autre, on

voit s'y développer de véritables foyers de ramollissement qui s'ouvrent à l'extérieur et laissent écouler soit spontanément, soit par l'effet d'une pression manuelle, un liquide puriforme ou vraiment purulent, épais, crémeux ; le processus se poursuit dans la profondeur et la tumeur se creuse de trajets fistuleux irréguliers, que tout traitement est impuissant à guérir ; dans le liquide qui s'en écoule et dans l'épaisseur des fongosités qui les tapisse, un examen attentif montre de nombreux petits grumeaux, d'un jaune de soufre, du volume moyen d'un grain de millet, parfois assez fermes, incrustés de sels calcaires, d'autres fois s'écrasant assez aisément et onctueux au toucher.

A mesure que ces lésions s'étendent, l'animal, qui jusque-là n'a guère paru souffrir, éprouve une difficulté croissante de la mastication : dès lors, on l'abat le plus souvent avant que l'amaigrissement ait fait de grands progrès, et les lésions constatées à l'autopsie sont ordinairement bornées au voisinage des points atteints dès le début.

Si l'on examine alors les parties altérées, on constate, surtout sur des pièces macérées, l'érosion plus ou moins considérable du maxillaire et l'existence de stalactites osseuses de formes variées, qui donnent à l'ensemble de l'os un aspect de *spina ventosa*. Le tissu néoplasique, examiné sur une coupe, est plus ou moins ferme, blanchâtre, sans limites nettes vers les parties voisines ; au sein de ce tissu on distingue çà et là des foyers de consistance plus molle, d'aspect plus opaque, ou même de véritables collections liquides, formées de ce même pus épais, muqueux, que l'on voyait pendant la vie s'écouler à l'extérieur à la suite de l'ouverture des foyers superficiels. Les abcès ainsi constitués peuvent être très petits, mais il en est qui atteignent plusieurs centimètres de diamètre. Sous ce rapport, il existe certaines différences dans les descriptions des auteurs :

très souvent, le ramollissement se produit suivant des traînées irrégulières, et le tissu est alors creusé en tous sens de lacunes plus ou moins larges, renflées par place, mais communiquant entr'elles ; d'autres fois on ouvre à l'autopsie des cavités qui paraissaient absolument closes. A cet égard, j'ai pu observer un cas analogue à ceux dont parle Ponfick : au sein du tissu lardacé on trouvait de véritables abcès froids, ne communiquant pas entre eux, et de ces foyers il en était qui atteignaient les dimensions d'une grosse pomme. Ponfick a même observé la formation, à la périphérie de ces abcès froids, d'une couche limitante distincte, qui se laissait détacher à la façon d'une véritable membrane pyogénique.

Dans le pus qui remplit ces foyers, et surtout après son évacuation, sur les parois des cavités ou des trajets fistuleux, on retrouve, en très grande abondance, ces mêmes petites granulations d'un jaune de soufre, onctueuses au toucher, que l'on avait pu observer déjà dans le liquide qui s'écoulait pendant la vie. Ces grains jaunes sont caractéristiques de l'actinomycose ; ils sont formés par l'agglomération d'éléments de forme spéciale, dont on a pu démontrer la nature parasitaire et le rôle pathogénique.

Au point de vue histologique, la tumeur présente souvent une structure sarcomateuse, et, dans beaucoup de collections de pathologie vétérinaire, on trouvera ces tumeurs actinomycosiques conservées depuis longtemps sous l'étiquette ostéo-sarcome. Mais souvent aussi les traînées profondes de tissu lardacé ont plutôt une structure fibreuse ; en tout cas, la tumeur est toujours formée de tissus de substance conjonctive embryonnaire (sarcomeux) dans les fongosités jeunes, plus fermes, fibreux dans les parties anciennes.

On trouve là de gros faisceaux conjonctifs, disposés tan-

tôt parallèlement, tantôt d'une façon irrégulière, d'autres fois entourant comme d'une ceinture des amas cellulaires arrondis ; ce sont ces amas qui, acquérant un développement plus considérable, deviennent le point de départ de ces phénomènes de ramollissement et de suppuration dont nous avons parlé plus haut. Lorsqu'on les examine, on y distingue, à un faible grossissement, une ou plusieurs masses opaques, de coloration blanchâtre, avec un reflet jaunâtre, dans lesquelles on distingue souvent une certaine disposition radiée ; autour de ces masses sont disposées les cellules dont les plus internes sont comme enchâssées dans les inégalités de la surface des masses rayonnées et y adhèrent intimement.

Ces masses opaques, à disposition rayonnée, ne sont autres que les grains jaunes dont nous avons parlé : elles constituent le centre des agglomérations cellulaires, et celles-ci forment autour de chaque masse une nodosité arrondie qui, en confluant avec des nodosités voisines, donne lieu à des foyers plus volumineux.

Les cellules se disposent ordinairement en zones concentriques assez distinctes : la zone interne, voisine de la masse centrale, est constituée par des cellules assez grandes, souvent d'aspect épithéloïde, parfois multinucléées et méritant vraiment le nom de cellules géantes ; ces cellules enfoncent des prolongements entre les saillies arrondies de la périphérie de la masse centrale. J'ai vu parfois autour d'une masse centrale très petite les cellules multinucléées s'allonger et se disposer radiairement, de façon à former une véritable étoile, d'un aspect très étrange à première vue. Les cellules lymphoïdes sont situées plus en dehors, et constituent la plus grande partie de la nodosité.

Un pas de plus, et les éléments cellulaires les plus

internes subissant une dégénérescence graisseuse, les fibrilles conjonctives à peine visibles entre les cellules amoncelées disparaissant, en même temps qu'il se fera une transsudation séreuse plus abondante et un apport plus considérable de leucocytes, et nous serons en présence d'un véritable petit abcès, dont le pus contiendra cette masse opaque, centrale, épargnée par le ramollissement, mais devenue libre et dorénavant suspendue dans le liquide. Le même processus se reproduisant sur un certain nombre de nodosités voisines, nous aurons un foyer parfois volumineux qui pourra s'ouvrir à l'extérieur par les progrès du ramollissement qui l'a produit.

Toutes ces lésions d'ailleurs évoluent lentement et portent manifestement le cachet de la chronicité; toutefois, si dans les trajets fistuleux creusés au sein de la tumeur et ouverts en certains points à l'extérieur, il vient à se produire une décomposition putride, on pourra voir éclater une poussée inflammatoire aiguë, dont l'état général subira bientôt l'influence; mais cette éventualité paraît ne se réaliser que rarement.

Telles sont les altérations le plus fréquemment observées dans l'actinomyose du bœuf; elles sont bien faites, on le voit, pour attirer l'attention non seulement des vétérinaires, mais des éleveurs.

Cette description correspond exactement à celle donnée par les différents auteurs.

Poncet et Bérard parlent aussi de l'ostéo-sarcome mycosique du bœuf.

Mais à propos des lésions osseuses proprement dites, il est un point qui nous intéresse particulièrement et sur lequel leur opinion s'écarte de celle d'autres auteurs :

« Si l'on débarrasse l'os de ses parties molles par un

lavage prolongé à l'eau courante, disent Poncet et Bérard, « il est aminci dans des proportions d'autant plus surprenantes que la masse entière était plus considérable. On s'aperçoit alors que l'épaississement apparent de la mâchoire était dû en réalité à l'écartement, à la forme excentrique de la table externe par des foyers invisibles de l'extérieur ou trahis seulement par une multitude de petites ouvertures en pomme d'arrosoir.

« A côté de ces foyers on en voit un plus grand nombre encore, dans lesquels l'os est réduit à une de ses parois, l'autre paroi a disparu par morcellement. L'œil plonge par là dans des galeries irrégulières, s'ouvrant dans des cavités plus ou moins vastes. Parfois les deux tables externes ont été détruites et le squelette, limité à son tissu spongieux central, peut être brisé sans grand effort. Beaucoup de dents qui n'étaient plus fixées que par leur adhérence aux portions néoplasiques fibreuses, ont disparu pendant la préparation de la pièce. »

Jusqu'à présent, rien de particulier. Mais voici des affirmations qui paraissent propres à leurs auteurs :

« Nulle part, disent-ils, on ne constate l'apport de nouvelles couches périostiques, parfaitement reconnaissables à la vascularisation, à leur consistance différente et à leur prééminence sur le reste de l'os. Il s'agit simplement d'un évidemment avec refoulement des portions amincies. Tout au plus relève-t-on un dépôt de la couche osseuse sous le périoste, avec de très fines ostéophytes, témoignant d'une tentative de réaction de cette membrane dont l'épaisseur et la vascularisation sont plus ou moins augmentées. »

Bollinger, cité par Jeandin, s'exprimait au sujet de la réaction osseuse, d'une façon diamétralement opposée :

PLANCHES I et II



Pièces appartenant au laboratoire d'Anatomie pathologique
de la Faculté de Nancy.

« L'os maxillaire macéré prend un aspect de pierre ponce; on voit de l'ostéoporite au centre, de l'hyperostose à l'extérieur. »

Décrivant un maxillaire de bœuf ravagé par l'actinomyose, le professeur d'anatomie pathogène Zahn, cité par Jeandin, s'exprime ainsi :

« Le tissu osseux n'offre pas partout le même aspect : là dur, épais, même lisse, il borde une ouverture de cavité ou forme une sorte de canal.... » .

Et plus loin :

« L'une des faces présente à la partie antérieure une certaine étendue occupée par une lame de tissu osseux, dur, épais, presque lisse, mais bordant elle-même, près de la deuxième et de la troisième dent, un autre espace plus petit formant une dépression et dont le fond rappelle l'aspect d'un os calciné. »

Dans le Traité de Nocard et Leclainche, il est également question de néo-formations réactives, dans le voisinage des lésions d'ostéite purulente.

Ainsi donc, si des lésions osseuses du maxillaire dues à l'actinomyose des bovidés sont surtout ulcéreuses, elles peuvent aussi s'accompagner d'ostéite condensante et d'hyperproduction osseuse.

Nous ne saurions dire si le fait est fréquent, et quelle est la modalité suivant laquelle se comporte habituellement le tissu osseux vis-à-vis de l'actinomyose.

En tout cas, un fait est certain : c'est que l'actinomyose ne produit pas seulement des lésions ulcéreuses, mais qu'elle peut déterminer aussi une réaction proliférante. Il suffit d'ailleurs d'examiner la pièce dont nous reproduisons la photographie.

CHAPITRE III

La forme bovine de l'Actinomyose chez l'Homme

Son diagnostic

Comme nous l'avons vu, Poncet et Bérard décrivent chez l'homme une forme d'actinomyose de la mâchoire qu'ils nomment la forme centrale néoplasique.

« C'est celle, disent-ils, qui correspond chez l'homme à l'ostéosarcome mycosique du bœuf. »

Ils ont créé cette forme clinique d'après les observations de Legrain, Ducor et de Guérmonprez, que nous avons déjà relatées.

En quoi consiste-t-elle ?

Pour en avoir une idée précise, nous allons résumer rapidement ces observations, et nous verrons ensuite quels sont leurs caractères communs.

Le malade de Guérmonprez se blesse à la gencive avec un épi de blé. Une tumeur apparaît peu à peu en ce point.

Deux mois après survient à l'angle de la mâchoire une autre tumeur qui ne tarde pas à s'abcéder; il se forme une ulcération de la peau. A ce moment apparaissent les douleurs. Six mois après, l'ulcération persistant, on essaye un curetage au cours duquel on découvre que le maxillaire est intéressé. En voulant pratiquer ultérieurement l'ablation de ce maxillaire, on constate des lésions d'ostéite raréfiante, avec foyers de fongosités et des productions périostiques très dures.

Chez la première malade de Legrain, l'affection débuta par une petite ulcération de la muqueuse gingivale au niveau du menton. Puis la peau, à ce niveau, s'ulcère.

Au bout d'un an, des douleurs apparaissent en même temps que l'os augmente de volume. Au bout de deux ans le maxillaire, dans sa portion médiane, avait le volume d'un œuf de poule; il est complètement ramolli et même fracturé. Huit mois après, à la suite d'un traitement approprié, le menton a diminué, l'ulcération se cicatrise. Il reste une cavité kystique pleine d'un liquide séreux vers la partie médiane de l'os.

Chez la seconde malade de Legrain, dont l'observation n'est malheureusement pas très détaillée, nous trouvons seulement qu'au niveau du maxillaire inférieur il s'est formé successivement plusieurs kystes et que la paroi externe de ces kystes n'est guère constituée que par une couche périostique.

Une ulcération de la joue, consécutive à la propagation de l'infection osseuse primitive, s'est cicatrisée par une chéloïde.

La malade de Ducor est porteur, sur le côté droit de la peau de la région maxillaire, d'une tumeur qui se déve-

loppe progressivement depuis sept ans, par un processus tantôt néoplasique, tantôt inflammatoire.

Au moment où est prise l'observation, la tumeur est énorme : les photographies montrent qu'elle a son maximum de développement au niveau du maxillaire inférieur et qu'elle déborde largement cet os sur la région parotidienne et sur la région du maxillaire supérieur.

Un grand nombre de médecins avaient diagnostiqué sarcome du maxillaire. Il n'y avait pas d'ulcération de la peau. Y en avait-il sur la muqueuse buccale ? L'observation rapporte que la muqueuse gingivale était criblée de petits orifices par lesquels s'écoulaient incessamment des produits muqueux filiformes très tenaces. Et, plus loin, il est nettement dit que le stylet introduit par les petits pertuis s'ouvrant dans la bouche, se trouve arrêté ou conduit sur des masses fongueuses saignant avec une déplorable facilité. La sensibilité des tissus malades est nulle. Il existe des douleurs sur les parties à consistance molle. L'observation n'insiste pas beaucoup sur ces douleurs ; notons que la malade usait de morphine. Au point de vue fonctionnel, on note du trismus qui est apparu dès le début de l'infection.

L'intervention opératoire qui est pratiquée montre une masse kystique composée d'une douzaine de poches remplies les unes d'un liquide opalin gélatineux, les autres d'un sang noirâtre. Ces dernières, ouvertes, contenaient seules les grains jaunes.

De ces quatre observations, c'est assurément la première de Legrain et celle de Guernonprez qui sont pour nous les plus intéressantes, en ce sens que ce sont celles où la lésion osseuse a prédominé vis-à-vis de celle des par-

ties molles. La deuxième observation de Legrain est trop sommaire.

Quant à l'observation de Ducor, les lésions parostales étaient déjà bien importantes pour que l'on puisse faire facilement le départ des symptômes qui revenaient à la lésion osseuse proprement dite; car ce qui constitue essentiellement la forme clinique de l'actinomycose dite bovine, c'est d'abord que l'os est le tissu le plus lésé. Les symptômes qui se rattachent à cette lésion osseuse décrivent également, dans le tableau clinique, une importance majeure.

Or, il y a là une assez grosse difficulté provenant de ce fait; comme nous le verrons, l'actinomycose est toujours secondaire à une lésion des parties molles, lésion qui est plus ou moins importante.

Précisément, dans l'observation de Legrain, les symptômes liés à la lésion osseuse occupent tout à fait le premier plan : augmentation de volume du maxillaire, déformation de la région (tumeur en forme d'œuf de poule) qui est élargie, ébranlement des dents, douleurs vagues dans la mâchoire, pas de trismus. Nous voyons, de plus, que cette symptomatologie a été précédée d'une ulcération de la gencive et aussi d'une ulcération cutanée, et cela à un an de distance. L'évolution des lésions osseuses proprement dites, interrompue par le traitement, avait duré depuis la seconde moitié de l'année 1893 jusqu'au moment où l'état de la malade est noté (novembre 1894), soit environ un an et demi.

L'observation de Ducor est intéressante, parce qu'elle nous montre des lésions à un stade beaucoup plus avancé. Notons, outre la déformation telle qu'il était presque

impossible de reconnaître la forme d'un visage, les ulcérations gingivales multiples et l'absence d'ulcération de la peau, les masses fongueuses saignantes sortant de ces ulcérations, la sensation de parties scléreuses et de parties molles éprouvée à la palpation. La douleur ne semble pas avoir été un document du tableau clinique, puisqu'il n'y est fait qu'une brève allusion au début de l'observation.

Quant au trismus, qui était très accentué, nous ne croyons pas qu'il ait été en relation avec une lésion osseuse proprement dite.

En effet, il est signalé dès le début de la maladie, alors que les lésions étaient limitées à la région parotidienne, « endroit où débuta le mal, en 1888 ».

Or, à cette époque, il n'existait probablement pas encore de lésion osseuse, puisque les lésions osseuses mettent un temps assez long à se montrer après les premières manifestations dans les parties molles (un an dans l'observation de Legrain).

D'autre part, nous savons que le trismus précoce est un des éléments symptomatiques très important des actinomycoses temporo-maxillaires.

L'évolution, dans le cas qui nous intéresse, a été particulièrement longue : sept ans, avec une allure tantôt néoplasique, tantôt inflammatoire.

Au contraire de l'observation de Ducor, l'observation de M. le professeur Jacques nous montre la lésion à son origine. L'affection a débuté pour ainsi dire sous les yeux de l'observateur. Remarquons qu'elle n'est pas sans analogie avec celle de V. Bruns. Voici l'observation de M. le professeur Jacques :

OBSERVATION VII

Cas pour diagnostic : Actinomycose du maxillaire inférieur à type des bovidés, par M. JACQUES. (*Bulletin de la Société de Médecine de Nancy*, 1915. Séance du 3 mars 1915.)

M. JACQUES. — Le sujet que j'ai l'honneur de soumettre, au point de vue du diagnostic, à votre appréciation, s'est présenté pour la première fois à mon service, le 8 janvier dernier, pour des troubles de la voix, ayant débuté brusquement et sans cause appréciable, dans le courant d'octobre. C'est un cultivateur sexagénaire vigoureux et bien conservé. Sa voix, faible et bitonale, présente les caractères typiques de l'hémiplégie laryngée. L'inspection de l'organe révèle, en effet, une immobilisation de la corde gauche dans la demi-abduction, peut-être attribuable à une ectasie aortique limitée ; poumon emphysémateux et cœur scléreux. Rien d'autre à noter du côté des premières voies.

Un mois plus tard, au début de février, le patient se représentait à l'hôpital, non plus, cette fois, pour sa voix (qui du reste n'a pas changé), mais pour un mal récemment développé dans la bouche, gênant la mastication et s'accompagnant de douleurs gravatives dans le côté droit de la mâchoire.

A l'inspection du visage, je suis immédiatement frappé par une asymétrie singulière, causée par une sorte d'hypertrophie en masse de toute la moitié droite de la mandibule, y compris la branche montante, et offrant son maximum au niveau de l'angle. Aucune modification de la peau ; pas d'adhérence, pas de rougeur, pas de fistules. Au palper : épaississement général de l'os, légèrement bos-

selé, dur partout... La bouche ouverte, le malade présente une grosse masse végétante à surface mortifiée, faisant corps avec la gencive au niveau du bord alvéolaire, dans la région antéro-latérale droite.

Cette sorte de fungus est limitée par un bourrelet muqueux décollé, livide, déchiqueté. Le stylet s'enfonce dans une masse spongieuse et saignante où le squelette se confond avec les parties molles. Sous la tumeur, on sent le corps de la mandibule épaissi, limité encore par une corticale à peu près lisse, et l'épaississement, borné en avant par la symphyse, se prolonge en arrière dans toute l'étendue de la région molaire, et même dans la branche montante. L'appareil dentaire, très altéré, est réduit à quelques chicots infectés des molaires.

Un paquet ganglionnaire, de consistance élastique et du volume d'un œuf, soulève l'attache supérieure du sterno. Un autre paquet de volume un peu moindre et de rénitence analogue se sent à la région sus-hyoïdienne médiane.

La mastication n'est entravée que par la présence de la tumeur buccale: l'article est libre. Les phénomènes subjectifs se réduisent à des douleurs sourdes dans le corps de la mâchoire, avec exacerbations pulsatiles nocturnes.

Ma première impression, à l'inspection de la lésion, fut qu'il s'agissait d'un néoplasme du maxillaire, vraisemblablement d'un ostéo-sarcome. Mais l'évolution vraiment surprenante, comme rapidité, du mal, l'aspect livide et septique des végétations me firent incliner ensuite en faveur d'une maladie inflammatoire, peut-être d'une infiltration actinomycosique du maxillaire, telle que nous connaissons cette affection parasitaire chez les bovidés. Le traitement iodé infus et extra, institué depuis une quinzaine, a coïncidé avec une régression très sensible des douleurs et de la tuméfaction. Une parcelle du tissu a été mise

PLANCHE III



Actinomycose du maxillaire à type des bovidés

Malade présenté par M. le Professeur JACQUES

en culture par les soins de M. le professeur Sartory. Une biopsie pratiquée dans mon service aux fins histologiques, a porté sur un fragment trop altéré par la nécrose pour permettre d'autoriser des conclusions.

Séance du 10 mars 1915 (Suite).

M. JACQUES. — A la fin de notre dernière séance, j'ai présenté un malade de mon service, atteint d'une tumeur ulcérée du maxillaire inférieur, qu'en raison de diverses particularités (évolution très rapide, aspect clinique, participation de toute une moitié de la mandibule), je soupçonnais être de nature parasitaire, et, peut-être, actinomycosique. Il se serait alors agi d'une forme tout à fait exceptionnelle chez l'homme, reproduisant le type classique des bovidés.

Par suite de circonstances qui ont retenu le patient à Nancy, je puis vous le représenter aujourd'hui et vous pourrez vous assurer de la régression très marquée survenue sous l'influence de l'iode infus et extra. Les ganglions carotidiens et sus-hyoïdiens ont véritablement fondu. Les végétations buccales se sont flétries ; mais il semble qu'un petit abcès tend à pointer vers le menton. La culture n'a pas permis encore de résultats décisifs. Une coupe histologique permet d'éliminer, à coup sûr, l'épithélioma, et vraisemblablement aussi le sarcome (1).

Voici, d'après une note de M. le professeur Sartory, les résultats qu'il a obtenus en cultivant des fragments de tissu prélevé par biopsie :

(1) Quelques jours après cette présentation, les cultures pratiquées par M. le professeur Sartory ont fourni, outre les spores de l'oïdium lactès parasite banal, des filaments bien caractérisés d'oospora (parasite spécifique présumé).

Les éléments isolés étaient de longs filaments rectilignes cultivant très bien entre 31° et 33° (optimum cultural). Les dimensions étaient variables. La largeur en moyenne de 0,6 à 0,8, mais elle peut osciller dans des limites assez étendues. La longueur n'est pas plus fixe : très courte au début, c'est-à-dire vers le deuxième jour. Le contenu de ces filaments est pyalin, mais, chose assez intéressante, il existe des granulations à l'intérieur. Nous n'avons jamais observé de ramifications latérales, ni de conidies, ni d'arthrospores. Cet organisme prend le Gram. Nous le comparons volontiers à l'organisme décrit par nous avec M. le professeur Roger (*Arch. Méd., expér.* n° 3, mai 1909.)

Voici ce que montre la coupe histologique passant au niveau de la tumeur : de haut en bas, l'épiderme pavimenteux, stratifié de la gencive, épaissi et leucoplasie ; au-dessous de l'épithélium, le chorion envoie vers l'intérieur de l'épithélium des prolongements papillaires qui revêtent l'assise basillaire normale de cet épithélium. Envahi par le tissu mycosique, le chorion, fortement épaissi, se montre constitué par deux zones distinctes : la première, située sous l'épithélium, est formée par du tissu conjonctif à éléments jeunes, parmi lesquels on distingue de nombreux éléments leucocytaires ; la seconde, sise plus profondément, est formée d'un tissu de sclérose, au milieu duquel on aperçoit de nombreux capillaires dilatés.

Si maintenant, au moyen des éléments que nous avons recueillis par l'analyse des cas que nous venons d'examiner, nous essayons de synthétiser l'histoire clinique d'une actinomyose humaine à forme bovine, voici ce que nous trouverons :

Chez un individu qui a été exposé accidentellement à

l'infection actinomycosique, survient une ulcération de la muqueuse gingivale qui peut d'ailleurs passer inaperçue.

Après un laps de temps assez long, il se produit une augmentation de volume en un point variable du maxillaire, dont les formes normales sont d'abord à peu près conservées, mais qui semble hypertrophié. Cette augmentation de volume est appréciée extérieurement et aussi par le toucher buccal.

En même temps apparaissent des douleurs plus ou moins sourdes, mais dont l'intensité n'atteint jamais celles des autres formes cervico-faciales de l'actinomycose.

Puis la tumeur ainsi formée augmente de volume, la consistance devient inégale aux différents points.

Des masses fongueuses peuvent se faire jour du côté de la muqueuse buccale.

L'évolution de cette tumeur met généralement des mois, voire des années à se faire. Allure franchement inflammatoire ou franchement néoplasique.

Des phénomènes secondaires, tels que le trismus ou d'autres gênes fonctionnelles peuvent se montrer, suivant que le processus primitif, en même temps que le tissu osseux, a envahi telle ou telle des parties molles, ou suivant que la tumeur produit par son volume la gêne de telle ou telle fonction.

Les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire et la mastication sont gênés si la tumeur s'étend jusque vers le condyle. Les ulcérations cutanées, notamment, peuvent se produire par ce mécanisme.

L'état général est peu atteint ou ne l'est que dans la mesure où il peut être influencé par les troubles fonctionnels.

La tumeur, les ulcérations cutanées se développant précocement ne nous semblent pas faire partie nécessairement du tableau clinique de l'actinomycose à forme bovine.

Ce sont des éléments surajoutés indiquant que le tissu osseux n'est pas seul intéressé, et que les tissus mous sont le siège de lésions importantes.

L'appareil dentaire est dans un état très variable : rarement les dents sont saines, le plus souvent elles sont cariées. La plupart du temps il en manque, soit que le processus les ait ébranlées jusqu'à ce qu'elles tombent, soit que le malade, souffrant de névralgies qu'il attribue aux dents, les ait fait enlever.

L'état des ganglions sous-maxillaires est également très variable. En tout cas, l'actinomycose ne retentit pas sur les ganglions comme la tuberculose par exemple.

En fait, on trouve les ganglions tantôt indemnes, tantôt augmentés de volume et, dans ce dernier cas, l'engorgement ne peut être rapporté avec certitude à l'actinomycose. Il peut être le fait des infections banales qui se font soit par les caries, soit par les ulcérations qui précèdent ou qui accompagnent la lésion osseuse.

Telles sont les données cliniques du problème de diagnostic que pose au médecin l'actinomycose du maxillaire inférieur dans sa forme dite des bovidés. Elles ne sont pas suffisantes pour arriver à la solution ; c'est la constatation du parasite qui peut seule donner la certitude.

S'il y a des ulcérations ou des fistules, on cherchera dans le pus les grains jaunes. C'est là où on les trouve le plus souvent. Un résultat négatif après plusieurs tentatives ne permet pas certainement de rejeter le diagnostic

d'actinomycose. Nous ne rappellerons pas ici que le grain jaune demande souvent à être recherché pour être vu, qu'on ne le trouve pas toujours à la simple inspection du pus ou des fongosités, et qu'après l'avoir recherché par transparence sur des lames porte-objets, il faut avoir recours au microscope.

Quand la lésion est tout à fait fermée — et c'est souvent le cas dans la forme qui nous occupe — on a proposé, pour trouver le parasite, de faire une ponction exploratrice aux endroits où l'on constate un ramollissement ou une crépitation parcheminée.

C'est là une méthode qui n'est pas sans danger, en ce qu'elle expose à des hémorragies, et qui, d'ailleurs, est loin de pouvoir toujours donner le résultat qu'on en attend.

Il est souvent plus simple de pratiquer une biopsie sur les fongosités quand il en existe. L'étude microscopique du tissu ainsi prélevé pourra parfois montrer s'il est de nature inflammatoire.

La mise en culture d'un fragment a donné, ainsi qu'on peut le voir dans l'observation de M. le professeur Jacques, entre les mains de M. le professeur Sartory, un très intéressant résultat.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Les lésions osseuses du maxillaire inférieur étant l'élément fondamental qui sert de base à la description d'actinomyose dans sa forme dite des bovidés, il y a lieu de les étudier avec quelque détail.

Il nous a semblé, en effet, que leur étude pouvait servir de base à une classification des formes cliniques de l'actinomyose des maxillaires se rapprochant plus des faits que la classification actuelle.

Nous avons vu précédemment quelles étaient ces lésions chez le bœuf.

Comparant ce qui se passe chez l'homme et chez le bœuf, Gangolphe nous dit :

« Les propriétés pathogènes de l'actinomyces paraissent différer sensiblement suivant qu'on les étudie sur le bœuf ou sur l'homme. Tandis que, chez le bœuf, le maxillaire envahi paraît être le siège d'un sarcome, ce qui domine chez l'homme, ce sont les collections purulentes. Nous avons examiné plusieurs mâchoires de bœuf ainsi alté-

rées : il est incontestable que leur aspect ne rappelait en rien les descriptions que nous avons pu lire d'actinomycose humaine. Considérablement augmenté de volume, le maxillaire inférieur du bœuf était détruit en grande partie par un tissu d'aspect sarcomateux, plus ou moins ramolli sur certains points, siégeant dans l'intérieur même du maxillaire et paraissant avoir boursoufflé et fait éclater la coque périphérique. Çà et là nous trouvons bien des noyaux purulents, mais tous de petites dimensions. Au reste, à la scie, la tumeur donnait l'impression d'un ostéosarcome central. Le périoste étant très notablement épaissi, atteignait même en quelques points 10 ou 12 millimètres. La surface osseuse était même légèrement ostéophytique. »

Cette description de l'auteur est basée principalement sur l'étude des lésions actinomycosiques des vertèbres à une époque où n'étaient pas encore publiés les cas d'actinomycose du maxillaire que nous connaissons aujourd'hui.

En somme, quelle est la caractéristique des lésions osseuses chez le bœuf ?

C'est, d'une part, un tissu mou de néo-formation dont la puissance de prolifération est très intense.

D'autre part, des ulcérations, un travail de tunellisation, d'érosion dont on n'apprécie bien l'importance que par la macération de l'os.

Mais quoi qu'en aient dit Poncet et Bérard, ces ulcérations s'accompagnent, ainsi que le font remarquer beaucoup d'auteurs et plus spécialement Gangolphe, et comme le montre la photographie du maxillaire de bœuf que nous publions, ces ulcérations s'accompagnent de néo-forma-

tions osseuses, d'hyperostose, qui peuvent être considérables.

Or, que voyons-nous chez l'homme ?

Le tissu néo-formé semble être bien différent de ce qu'il est chez le bœuf. « Il ressemble plus à du myxome malin ou à des fongosités inflammatoires qu'à du tissu sarcomateux solide », est-il dit dans le Traité de Poncet et Bérard.

Fongosités inflammatoires, soit ! Mais nous ne voyons pas, dans les observations publiées dans ce Traité, ce qui autorise la comparaison avec le néoplasme essentiellement malin qu'est le myxome. Ce n'est pas la structure histologique des tissus néoplasiques; il ne semble d'ailleurs jamais avoir été publié d'analyse histologique des tissus rencontrés lors des interventions.

Dans les observations rapportées par Poncet et Bérard, il est question : ici de masses kystiques, composées d'une douzaine de poches remplies les unes d'un liquide opalin, gélatineux, les autres de sang noirâtre; un peu plus loin, de kyste rempli d'un liquide hématique non filant, ailleurs, des tissus « avec des portions molles, gélatineuses, de couleur grise, framboise ou noirâtre ». Tout cela n'évoque pas nécessairement tout d'abord l'idée de myxome.

Outre que le myxome est très rare, la forme kystique sous laquelle se présente ce tissu de néo-formation non épithélial dans le maxillaire, ne semble pas indiquer l'idée de malignité qu'implique l'idée myxome.

Il serait plus simple d'admettre qu'il s'agissait là de fongosités dans lesquelles l'élément œdème avait pris un développement très considérable, et qui avaient été le siège d'hémorragies.

La tendance à la formation de kyste à parois osseuses paraît être une des caractéristiques de l'actinomycose du maxillaire chez l'homme. On la rencontre, en effet, dans toutes les observations, et quand l'affection est arrivée à un stade suffisamment avancé, c'est l'élément kystique qui donne à la lésion sa caractéristique, comme dans l'observation de Ducor.

A côté de ces formes kystiques de l'actinomycose du maxillaire inférieur, il existe une autre forme anatomique caractérisée par une ostéite hypertrophiante.

Les cas de Fessler, de Guder, de Rochet et Martel, de Poncet appartiennent à cette forme.

Nous reproduisons les très intéressantes considérations dont Rochet et Martel d'une part, Poncet de l'autre, ont accompagné la publication de leurs observations.

OBSERVATION VIII

Sur l'Actinomycose humaine, par le docteur Julius FESSLER,
Münchener Medicinische Wochenschrift, 1889, n° 31.

(Cité par THOLLON.)

Le 15 janvier 1889, une paysanne de 18 ans entra à l'hôpital, en chirurgie, pour une tumeur du maxillaire inférieur droit.

C'était la fille d'un économe; elle venait de Oberlechingen (Wurtemberg). La tumeur apparut en huit jours, il y a trois ans, sans cause particulière, et se présentait déjà comme un épaissement de l'os lui-même, à l'angle du maxillaire. Trois fois pendant son développement graduel apparut, à la réunion du corps horizontal et de la

branche montante, un ramollissement étendu de la joue, suivi d'une suppuration prolongée et peu abondante, et enfin d'une cicatrisation solide. En somme, après chaque ouverture de la tumeur, celle-ci paraissait diminuer pendant quelques semaines. Pourtant, elle n'en augmentait pas moins et gênait de plus en plus la malade pour mastiquer, avaler et parler. Les douleurs augmentaient d'intensité. Dans les dernières semaines, la tumeur s'étendit vers l'articulation du maxillaire. Il apparut à cet endroit un ramollissement et une tuméfaction notable, qui rendaient les mouvements de mastication particulièrement difficiles et douloureux. Ces phénomènes, par leur caractère envahissant, forcèrent la malade à chercher un traitement.

Il y a trois ans, la malade avait de mauvaises dents du côté malade ; mais, dans la dernière année, elle n'en avait plus. Pas de tuberculose ni de syphilis héréditaire ou acquise.

Ces renseignements et les symptômes objectifs rendirent vraisemblable le diagnostic de néoplasme osseux. Le maxillaire inférieur droit était épaissi dans tout son corps en forme de fuseau et déformait l'ovale du visage par une saillie ronde en bas et à droite. La malade peut à peine écarter les mâchoires de plus d'un centimètre et seulement avec douleur. Les parties molles, peau et tissu cellulaire, sont épaissies et présentent contre l'os malaire, près de l'articulation, une place de la grandeur d'une pièce de cinquante pfennigs, molle, gardant l'empreinte du doigt, fluctuante, arrondie, couverte de peau rouge sombre. C'est le seul point mou de la tumeur, qui, dans tout le reste, présente une dureté osseuse. L'aspect général de la tumeur est celui d'un néoplasme, développé par un épaississement de l'intérieur vers l'extérieur ; les molaires voisines sont

bien conservées ; aucune n'est mobile ou douloureuse à la pression. La muqueuse buccale paraît inaltérée.

A l'intérieur, sous le bord du maxillaire, dans le plancher buccal, on sent une glande de la taille d'un œuf de pigeon, mobile, indolore. Le diagnostic fut celui de cystosarcome, ce qui n'est pas rare au maxillaire inférieur. On résolut la résection unilatérale du maxillaire inférieur et on fixa l'opération au 18 janvier.

Le soir qui précéda l'opération, je visitai encore une fois la malade et fus ébranlé dans mon premier diagnostic par les considérations suivantes :

Je fus frappé de l'extension des lésions des parties molles de la joue qui ressemblaient fort à un processus inflammatoire chronique, particulièrement la limitation nette à l'articulation maxillaire. Des petits foyers purulents étaient rapidement vidés et guéris, comme le montraient les cicatrices fermes. Après chaque suppuration, la tumeur reprenait sa marche envahissante. Un sarcome ramolli est, en général, le commencement de la désagrégation de toute la tumeur : une cicatrice solide devant paraître, à mon sens, une rareté. Je pensai, d'après cela, moins à une tumeur qu'à un processus inflammatoire chronique. Tuberculose et syphilis étaient à écarter d'après les antécédents et les symptômes. Je présentai à mon chef ces raisons de douter du diagnostic primitif, et lui exprimai, au contraire, mon opinion qu'il pouvait s'agir d'un cas d'actinomycose. Naturellement, dans cette conjecture, le plan de l'opération restait le même ; seulement, je tins à examiner, d'une façon précise, le contenu de l'abcès.

L'opération eut un cours normal, et, le 13 février 1889, la malade s'en alla guérie.

Je me suis renseigné par lettre de l'état de la jeune fille, et j'appris qu'il ne lui est rien arrivé de fâcheux.

La moitié malade du maxillaire, qui est soudée solidement aux parties molles voisines très vasculaires, surtout dans la région de la branche montante, se présentait comme un corps osseux assez solide, fusiforme, entouré de tous côtés d'un périoste épais. La gencive ferme adhérait fortement. Les molaires voisines, bien conservées, n'étaient nullement trouées. Mais à la partie postérieure de la branche montante, un peu au-dessus de l'angle, non loin de la cicatrice décrite ci-dessus, et répondant au bord inférieur de l'abcès, un orifice de la grosseur d'un grain de chanvre conduisait sur la masse de l'os, par un trajet d'un centimètre, rempli d'un tissu rouge et mou. On ne trouvait pas là de pus. — On fit une section sagittale de l'os par cette ouverture ramollie, et on vit la tumeur solide à fines aréoles osseuses sans caverne. L'ouverture était donc celle d'un trajet court en cul-de-sac. L'étude microscopique donna, comme je vais l'ajouter, sur des coupes durcies et congelées, un tissu conjonctif jeune, riche en cellules, enfermé dans un réseau de trabécules osseuses. La glande hypertrophiée n'offrait rien de particulier. La quantité du pus recueilli pendant l'opération, dans un vase stérilisé, atteignait à peine 2 centimètres cubes, était liquide, jaune clair, sans odeur. On y voyait de nombreux petits corps ronds, de la taille d'une tête d'épingle, jaunes, diaphanes, qui adhéraient légèrement à la paroi du verre comme de petits grains de sable. Au microscope, ils se présentaient comme des amas actinomycosiques, d'après l'avis du professeur Bollinger.

Ni dans la section osseuse faite à l'endroit ramolli, ni même dans la tumeur extirpée, on ne peut retrouver de pareils champignons. D'autres microorganismes pyogènes se trouvaient également dans la tumeur et dans le pus. Huit plaques de gélatine ensemencées avec ce pus ne

donnèrent, après trois jours, aucune culture d'autres champignons : seuls, les amas actinomycosiques pouvaient y être facilement reconnus.

OBSERVATION IX

Ostéite actinomycosique centrale de la branche ascendante du maxillaire inférieur (par GUDDER).

(Revue Médicale de la Suisse Romande — 1891).

L. A..., 9 ans. Elle entre à l'hôpital le 18 juin 1891 et voici ce qu'apprend l'anamnèse. Comme petite fille, la malade a beaucoup toussé, mais n'a pas été autrement malade. A la fin de mars 1891, elle eut à souffrir de violents maux de dents, surtout des molaires droites. Peu de jours après, la mère remarqua que la région de l'oreille droite était passablement tuméfiée, mais cette tuméfaction diminua quelque peu et les maux de dents disparurent. Cependant, la tumeur augmenta de nouveau sans raison un peu plus tard ; elle ne fut douloureuse que dans les premiers jours et atteignit les dimensions actuelles, tout en restant sensible à gauche, quoique pas aussi rapprochée de l'oreille qu'à droite, et qui disparut bientôt (Il s'agissait probablement des oreillons, qui régnaient épidémiquement dans la contrée). Les parents de la malade n'ont jamais possédé qu'une tête de bétail à la fois, dont la jeune fille n'eut que peu à s'occuper. La mère ignore s'il y a eu des bêtes malades dans les environs.

Status au 7 juillet 1891. — Petite personne normalement constituée ; sans fièvre. La bouche ne peut être ouverte qu'à moitié ; les dents sont irrégulièrement plantées. Les petites

molaires inférieures des deux côtés sont cariées : la première grosse molaire inférieure est intacte, les deux autres manquent. A la face externe de la première molaire, on voit un abcès blanchâtre proéminent qui, après sa perforation, laisse arriver la sonde sur le côté externe de la dent mise à nu.

En avant de l'oreille droite se trouve une forte tuméfaction, saillante, s'étendant de l'os zygomatique à l'angle de la mâchoire et à son bord inférieur. En avant, elle ne va pas tout à fait jusqu'au niveau de la première molaire. Cette tumeur fait indubitablement partie de la branche ascendante du maxillaire inférieur et fait aussi saillie sur sa face externe. Il s'agit donc d'une affection osseuse et non périostale ; la tumeur est dure, unie, sauf au niveau de la partie moyenne, à la hauteur du milieu du masséter, où l'on sent, sur la tumeur dure, une partie plus tendre traversée à son centre par une fistule qui s'est formée par l'ouverture spontanée, il y a neuf jours, d'un petit abcès. A ce moment, le pus de cet abcès contenait de beaux grains actinomycétiques jaunes.

Depuis son entrée à l'hôpital, l'enfant ne se plaint pas de douleur, et la palpation de la tumeur est indolore. Dans la fosse sous-maxillaire droite, tout près de la tumeur osseuse, on trouve deux ganglions lymphatiques de la grosseur d'un pois. Derrière le maxillaire et le sterno-mastoïdien, également quelques petites glandes.

Opération, 10 juillet. — Incision longitudinale le long du bord inférieur droit du maxillaire ; l'os est attaqué au ciseau ; il se laisse facilement couper et est formé de substance compacte altérée. Malgré l'ablation d'une portion considérable de l'os, on ne rencontre nulle part de cavité ; seul, un foyer actinomycétique, de la dimension d'un pois, est enlevé, ainsi qu'un autre foyer périostal contenant des

grains jaunes. En introduisant une sonde dans la fistule de la joue, on établit une communication avec l'abcès que l'on avait rencontré dans l'os. Désinfection des cavités au sublimé, gaze iodoformée, etc.

20 Juillet. — Etat général satisfaisant ; sécrétion minime : les plaies se sont considérablement rétractées.

1^{er} Août. — La plaie inférieure est fermée, tandis qu'il ne subsiste de l'ouverture fistuleuse de la zone qu'un orifice de la grosseur d'une tête d'épingle et d'où s'écoule, par la pression, un peu de salive.

8 Août. — Au-dessous de l'angle droit de la mâchoire, il s'est formé une petite tumeur grosse comme une cerise, mobile, indolore, qui se transforme en abcès et qui, incisée, donne issue à du pus contenant les grains jaunâtres caractéristiques.

On excise également une glande située derrière le sterno-mastoïdien, mais elle ne contient pas de parasites.

25 Août. — La fistule salivaire est fermée et les cavités des abcès sont très petites. Etat général très bon.

OBSERVATION X

Trois cas d'actinomycose cervico-faciale forme nouvelle hyperostosante (Par MM. ROCHET et MARTEL, de Lyon).

Gazette Médicale de Paris, 1898.

« L'actinomycose chez l'homme est très rarement primitive (un cas : *obs.* d'ISRAËL) ; ordinairement, elle est secondaire et consécutive à un envahissement des os par propagation de voisinage ; les os atteints sont voisins de régions préalablement infectées. Chez les animaux et surtout chez

les bovidés, les lésions osseuses actinomycosiques se traduisent de préférence sous forme de tumeurs siégeant à l'angle du maxillaire; ces tumeurs revêtent le type de l'ostéosarcome. Chez l'homme, au contraire, l'actinomycose, envahissant secondairement les os, revêt ordinairement, comme l'ont montré quelques observateurs, le type ulcératif, ou de la carie osseuse, pouvant même aboutir à la nécrose osseuse. Mais à côté de cette forme, de beaucoup la plus fréquente, il en existe d'autres, la forme néoplasique et la forme hyperostosante :

« *a*) La forme néoplasique rappelle le type néoplasique des bovidés et rentre dans le groupe des sarcomes actinomycosiques;

« *b*) La forme hyperostosante limite ses effets à une réaction périostique, agissant sur l'os atteint à la façon d'une irritation chronique et aboutissant, ou bien à l'hyperostose diffuse, ou à la production d'ostéophytes.

« La forme hyperostosante est aussi différente de la forme néoplasique que de la forme ulcéralive ou carieuse. L'observation suivante est le seul fait que nous connaissons d'hyperostose diffuse. Notre collègue, M. Vallas, nous a dit avoir observé un cas où il y a eu une production ostéophytique localisée, petite, sous forme d'épine au voisinage d'un foyer sous-maxillaire.

« Voici une observation recueillie dans le service de M. le professeur Ollier, que nous avons l'honneur de suppléer :

D.-Z. Z..., 31 ans, cultivateur, entré à la clinique le 10 février 1897. Aucun antécédent héréditaire tuberculeux ou néoplasique ; à 23 ans, chancre de la verge, bubon suppuré ; depuis lors, aucun accident suspect de syphilis. Pas de blennorrhagie.

Le malade a longtemps couché dans une étable, côte à côte avec des bovidés, mais ne se souvient pas d'avoir eu jamais l'habitude de porter de la paille ou une autre herbe à la bouche. Il y a environ deux ans, le malade eut une carie non douloureuse de la dernière grosse molaire inférieure gauche, dont la couronne se cassa. Il ne s'est jamais autrement plaint des dents, quoiqu'il présente aussi une carie avancée de la dernière grosse molaire supérieure droite. Au mois d'août 1896, le malade ressentit, à la suite de quelques malaises généraux, des douleurs assez vives avec fluxion au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche. Un abcès se forma rapidement et, au bout de six jours, il fut incisé par le médecin du malade ; il sortit un peu de pus crémeux ; la sonde cannelée passait sous l'angle de la mâchoire, et des injections de sublimé à 1 ‰ furent faites quotidiennement pendant trois jours ; elles ressortaient à l'intérieur du plancher buccal ; ces injections étaient très douloureuses ; le malade cessa tout traitement. Par la suite, les douleurs s'atténuèrent ; mais, cinq à six fois depuis, il se forma de petits abcès dans cette région ; ils s'ouvrirent spontanément. Mais à noter que, dès le début de l'affection, les arcades dentaires étaient serrées l'une contre l'autre, et le malade était réduit à user d'artifices pénibles pour pouvoir s'alimenter.

10 Février 1897. — A son entrée à l'hôpital, le malade présente du côté gauche une tuméfaction assez considérable de l'angle de la mâchoire, avec disparition du sillon sous-maxillaire ; la tuméfaction s'étend à toute la région sous-maxillaire ; les tissus sont indurés, cartonnés ; la rougeur est un peu sombre, la douleur est presque nulle, excepté au niveau de l'angle de la mâchoire, où du reste la pression ne réveille pas une vive douleur. A ce niveau, existe un petit orifice fistuleux qui conduit sur l'os.

Le volume du maxillaire, malgré les difficultés de délimitation dues à l'induration des parties molles, paraît manifestement augmenté, au niveau de l'angle et au delà, sur une étendue de 2 centimètres en haut, sur la branche montante, et de 3 centimètres en avant, du côté du corps ; mais la délimitation nette de la portion hyperostosée est très difficile. Il est, d'autre part, impossible d'explorer la cavité buccale et de juger de l'épaisseur du maxillaire. Il semble s'agir d'une poussée périostique augmentant l'épaisseur du maxillaire au niveau de l'angle, et non d'une tumeur osseuse ; il n'y a pas de déformation saillante visible à l'œil.

Dans la région sous-maxillaire droite, il existe une polyadénite indolore, mais avec ganglion assez volumineux, qui remonterait à huit ans, au moment des accidents génitaux ; elle est restée et restera stationnaire jusqu'à l'ablation.

L'examen du pus démontra nettement l'existence de grains actinomycosiques caractéristiques. Le malade fut soumis immédiatement au traitement par l'iodure de potassium (2 à 4 grammes par jour), mais sans amélioration. Au bout d'un mois, le mal empirait, la tuméfaction augmentait et les douleurs étaient plus vives ; le trismus des mâchoires n'ayant nullement cédé à des essais de dilatation progressive faits par le malade avec un coin en bois, était devenu de plus en plus gênant pour l'alimentation. Il n'existait ni céphalalgie, ni otalgie.

17 Mars 1897. — L'opération est faite par M. Rochet, assisté de M. Martel, chef de clinique. On fait une incision en L à l'angle de la mâchoire, et on découvre un os très épaissi, recouvert d'une couche périostique développée sur la face externe du maxillaire, au-dessous des attaches infé-

rieures du masséter et du ptérygoïdien interne ; M. Rochet fit la résection d'un petit fragment haut de 2 centimètres environ, long de 3 centimètres et d'une épaisseur moyenne de 16 millimètres, emportant ainsi toute une portion de la région qui paraissait hyperostosée. Curetage des trajets ; la plaie est laissée largement ouverte, un drain est mis à l'angle de la mâchoire. Les suites furent très simples. Le malade, qui avait repris ses essais de dilatation de la bouche, pouvait, un mois plus tard, passer ses doigts entre ses arcades dentaires.

31 Mai. — Le malade ouvre la bouche à deux doigts. Localement, la cicatrisation est complète.

10 juillet. — Jusqu'à cette époque, excepté pendant les quelques jours correspondant à l'opération, le malade a pris chaque jour 4 grammes de *K I*. L'état local est très satisfaisant ; l'angle de la mâchoire est en partie reformé, ou du moins la déformation apparente est nulle. L'écartement spontané des mâchoires atteint 25 millimètres entre les rebords des incisives ; la mastication est facile et nullement gênée. L'examen de la bouche montre les deux dents cariées dont le trismus, lors de l'entrée, aurait empêché de constater l'existence.

19 Juillet. — Anesthésie, ablation des dents, et tout spécialement de la troisième grosse molaire inférieure gauche, dont la loge alvéolaire est enlevée à la pince-gouge ; du reste, les racines de cette molaire sont atrophiées et réduites à des moignons ; la couronne, presque totalement détruite par la carie, était recouverte par la gencive.

Nous profitons de l'anesthésie pour faire l'ablation des ganglions engorgés de la loge sous-maxillaire droite.

Huit jours après, le malade partait très content et apparemment guéri de façon complète.

Novembre 1897. — Le malade nous écrit que l'état local est toujours excellent, sans trace de récidence; aucun abcès ne s'est formé; la mastication et l'écartement des mâchoires ne sont nullement gênés. L'usage de l'iodure de potassium a été supprimé. Le malade accuse des bourdonnements d'oreille, mais pas de céphalée.

Il a un peu maigri (2 kilogr.). Il y a encore un ganglion assez gros (grosse amande) dans la région sous-maxillaire, mais non douloureux du tout et très mobile.

L'examen histologique a été fait très complètement par M. Martel; en voici le résultat :

Le fragment osseux enlevé comprend l'angle de la mâchoire très épaissi (16 millimètres); il présente sur sa face interne, où la rugination a été superficielle, un aspect rugueux; mais ce qui frappe surtout, c'est l'existence d'une production osseuse surajoutée à l'os et d'origine périostique, sous forme de lame adhérente au maxillaire au niveau de la partie inférieure de la face externe, au niveau de l'angle de la mâchoire, et au niveau enfin de son bord inférieur, séparée dans le reste de son étendue du haut de la face externe du maxillaire par une gouttière profonde: la recherche des grains actinomycosiques dans ce sillon est infructueuse.

Les fragments sont fixés à l'alcool ou au Flemming et décalcifiés lentement dans le mélange acéto-picrique.

EXAMEN DES COUPES (les coupes ont été faites perpendiculairement au bord inférieur du maxillaire). — L'os maxillaire se reconnaît très aisément dans sa forme bien conservée, quoique sa lame compacte de contour ait été légèrement érodée par quelques bourgeons vasculaires; il est recouvert sur toute son épaisseur par une production osseuse de nouvelle formation doublant son épaisseur. Le

périoste, assez épais sur la face interne de l'os, forme sur la face externe une véritable tumeur, dont le centre est occupé par l'exostose périostique. Les différentes couches périostiques sont très nettement distinctes ; la couche externe, ou gaine tendiniforme épaissie, forme un surtout complet à l'ensemble de la coupe, engainant dans ses portions périphériques quelques fibres musculaires atrophiées et étouffées des muscles masticateurs. Les faisceaux épais de cette couche se colorent très énergiquement, surtout au voisinage des néo-formations osseuses. En certains points et sur les limites de l'exostose, les faisceaux profonds de cette couche sont doublés d'une trainée de cellules embryonnaires très petites, à noyaux fortement colorés, qui rappellent la couche ostéogène (OLIER).

Le travail ostéogénique, assez développé sur la face interne du maxillaire, atteint un grand développement sur la face externe ; partant du bord inférieur du maxillaire, les trabécules osseuses de néo-formation doublent la face externe de l'os et, d'autre part, s'étendent perpendiculairement en dehors dans l'épaisseur de la tumeur périostique ; elles y donnent naissance à une production osseuse de 4 à 5 millimètres de diamètre ; cette exostose, ainsi considérée sur une coupe perpendiculaire, revêt la forme d'un point d'interrogation appuyé par sa queue sur le bord inférieur du maxillaire. C'est dans la couche profonde du périoste que s'est produite cette néo-formation ; en dedans d'elle se voit la rigole séparative qui la détache du maxillaire, rigole ainsi tapissée sur les deux faces par du tissu conjonctif très vascularisé, parcouru de vaisseaux capillaires ou embryonnaires qui le trouent à la façon d'un écumoir ; tout autour, des pointes d'ossification s'allongent vers le centre, tendant à combler cette sorte de grande cavité médullaire à type embryonnaire. L'os néo-formé est

remarquable par l'épaisseur des trouées osseuses ; au centre de l'exostose, on a du tissu osseux adulte avec ostéoblastes nombreux disposés en rangées, sans systématisation havérienne. A la périphérie, du côté de la gaine tendiniforme périostique, de nombreuses fibres osséifiées se perdent dans cette gaine, montrent les points d'accroissement de l'os périostique ; ces fibres reparaissent dans les espaces médullaires de l'exostose, réunissant entre eux des îlots osseux par d'élégantes jetées arciformes fortement teintées par les réactifs. Un autre point, non moins intéressant, est l'existence d'un grand nombre d'ostéoblastes accolés en couronne à la périphérie des points osseux et donnant à plusieurs d'entre eux l'aspect hérissé d'une masse d'armes. Les espaces médullaires de l'os néoformé présentent le type de la moelle foetale, si richement vascularisée.

En résumé, la production périostique n'existe pas sur l'os maxillaire ; à part l'interruption de la continuité de la ligne compacte, on ne trouve, ni dans les cavités médullaires, ni dans les altérations de la substance compacte, des signes suffisants pour faire admettre une ostéite raréfiante du corps du maxillaire.

Il s'agit ici uniquement d'une excitation du périoste aboutissant à une riche production ostéophytique étendue en nappe.

Dans aucune coupe, il n'a été trouvé de grains actinomycosiques.

« Ce fait découvre, pour l'actinomyose du moins, une propriété hyperostosante spéciale, qu'elle ne met pas souvent en jeu et qu'on lui a à peu près complètement refusée.

« Presque tous les auteurs qui se sont occupés du mode d'action de l'actinomyose, dans son développement à

l'intérieur des tissus, ont insisté sur son action destructive dans les formes ulcératives ordinaires et sur son action, pour le moins substitutive et atrophiante, dans les formes néoplasiques.

« Les os actinomycosiques sont toujours, dit-on, caractérisés par la raréfaction progressive; un travail très net d'ostéite raréfiante diminue l'épaisseur de la substance compacte, augmente les cavités médullaires et l'absence d'hyperostose, même dans les formes pseudo-sarcomateuses, est un signe de valeur importante. Ce travail d'ostéite aboutit même à la production de séquestres. Le fait est maintenant classique : dans l'actinomycose cervico-faciale développée au voisinage du maxillaire, au début tout au moins, l'affection est localisée dans les parties molles; malgré l'apparence antérieure de gonflement osseux, il n'y a pas d'ostéite ou de dénudation maxillaire : l'inflammation est pariétale.

« Cependant, plus tard, il peut se développer des modifications de squelette, mais ce sont ordinairement des lésions destructives; le périoste est détruit, l'os érodé, plus friable, se laisse émietter par la rugine, c'est une carie superficielle. Au niveau du maxillaire, le type ordinaire est l'ostéo-périostite banale, périostite alvéo-dentaire et altération superficielle du maxillaire avec légère dénudation par propagation secondaire de voisinage des lésions des parties molles.

« Dans la forme néoplasique humaine rappelant les formes sarcomateuses des bovidés (*obs.* de DUCOR), on retrouve des lésions de l'ostéite raréfiante beaucoup plus prononcées : les examens histologiques démontrent l'agrandissement des espaces médullaires qui renferment un

grand nombre de cellules embryonnaires, des corpuscules graisseux, des globules sanguins, des éléments cellulaires nombreux plus ou moins dégénérés. Les trabécules osseuses ramollies se laissent quelquefois couper avec les fongosités et sont le siège d'une raréfaction évidente. Au voisinage des lésions, dans les points où la moelle est conservée et seulement congestionnée, on ne trouve aucune trace d'hyperostose trabéculaire.

« Cette absence de réaction du tissu osseux est donc regardée comme une des principales caractéristiques de la lésion osseuse d'origine actinomycosique. Cependant, on a déjà signalé quelques épaisissements du maxillaire, quelques productions de rares ostéophytes, mais sans jamais atteindre le développement en surface, ni l'uniformité d'évolution rencontrés dans l'observation I.

« L'action pyogène du champignon est établie; quant aux relations de symbiose de ce parasite avec les microbes ordinaires de la suppuration, elles sont encore à l'étude, et surtout il est jusqu'ici impossible de faire la part respective de ces agents divers dans les lésions osseuses. Ainsi nous ne pouvons admettre que l'on puisse dire que la prolifération osseuse soit attribuable uniquement à l'influence des infections secondaires : les formes ostéophytiques de la tuberculose, fort comparables en l'espèce, prouvent que la réaction du tissu osseux n'est pas toujours univoque.

« Au reste, dans l'observation de Ducor, il est dit que la recherche méthodique d'autres microbes dans les coupes est restée négative, à part l'actinomycose. Dans notre cas, il s'agissait d'une forme fistuleuse soumise aux mêmes conditions d'infections banales que toute actinomycose

bucco-faciale fistuleuse, et cependant la réaction osseuse a revêtu un type opposé au type classique; l'hyperostose, les ostéolytes se sont produits dans les conditions où, d'ordinaire, il y a ostéite destructive et nécrosante.

« Outre le kyste spécial que présente ce cas d'actinomycose du maxillaire inférieur, il est encore intéressant par l'heureuse influence qu'a eue l'intervention sur l'évolution de l'affection; cette marche tendrait encore, avec le caractère proliférant mais non ulcératif de la lésion osseuse, à faire catégoriser ce type clinique dans les formes à virulence atténuée.

OBSERVATION XI

Actinomycose d'apparence néoplasique du maxillaire inférieur.

(Par le Professeur A. PONCET, *Revue de Chirurgie*, 1902).

« Je dois à l'obligeance de mon collègue, le professeur-agrégé Vallas, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, la très intéressante observation que voici, d'actinomycose d'apparence néoplasique ou bovidée de la mâchoire inférieure, guérie par une large résection de l'os malade, et alors qu'il s'agissait de lésions essentiellement inflammatoires, d'allures, il est vrai, particulières.

« J'ai dit actinomycose d'apparence néoplasique ou bovidée.

« A en juger, en effet, par le gonflement de la région cervico-faciale droite, qui simulait une tumeur, on pouvait croire, le diagnostic d'actinomycose s'imposant par d'autres caractères cliniques, à un ostéosarcome actinomycosique, de la variété étudiée par notre élève Thollon, dans sa thèse inaugurale.

« Cette forme d'actinomyose des maxillaires que nous avons décrite dans notre *Traité clinique de l'actinomyose humaine* (A. PONCET et L. BÉRARD, Paris, 1898), sous le nom d'actinomyose centrale néoplasique des mâchoires, par opposition à la forme périphérique (périmaxillite) raréfiante ou ulcéreuse, et à la forme centrale (maxillite) térébrante, est, on le sait, le fait exceptionnel chez l'homme, tandis qu'elle est la règle chez le bœuf.

« Dans sa thèse, Thollon (*loc. cit.*) n'a pu en réunir que cinq cas, auxquels il faut ajouter deux belles observations de M. Legrain, d'actinomycoses sarcomateuses, polykystiques, observations que nous avons mentionnées dans notre livre, et dont l'une des plus importantes a été récemment complétée par leur auteur dans les *Archives de Parasitologie*.

« Malgré les signes cliniques en faveur d'une actinomyose à forme néoplasique, ce diagnostic, dans l'observation de M. Vallas, n'a pas été confirmé. Cette observation n'en a que plus d'intérêt. Au lieu de masses molles, sarcomateuses, au lieu d'une actinomyose polykystique du maxillaire inférieur, on s'est trouvé, au moment de l'opération, en face de lésions inflammatoires chroniques, de nature actinomycosique, essentiellement caractérisées par une ostéo-périostite centrale, éburnée, de l'angle et de la branche montante droite du maxillaire inférieur.

« L'augmentation de volume du squelette, mais surtout l'épaississement considérable des couches périostiques sus-jacentes et des parties molles voisines, expliquent la tuméfaction de la région, et, par cela même, l'apparence d'ostéosarcome.

« L'ébournation de l'os dans sa masse, en même temps que sa déformation extérieure par un double processus d'ossification centrale et de raréfaction périphérique, donnent, comme on le verra, une physionomie spéciale à ces altérations osseuses. Nous ne les qualifierons pas de spécifiques, par la bonne raison, entre autres, que nous les observons pour la première fois à la mâchoire, et que nous ne connaissons guère, dans la littérature de l'actinomycose humaine, de faits anatomo-pathologiques de cet ordre. Il n'en est pas moins vrai qu'à côté des maxillites (périmaxillites) raréfiantes ou ulcéreuses, des maxillites profondes, térébrantes, avec évidemment, destruction du tissu osseux, doit prendre place une forme condensante, massive, essentiellement inflammatoire, et bien distincte de la forme sarcomateuse.

« Ces altérations anciennes, profondes du squelette que nous décrirons bientôt en détail, et dont plusieurs photographies donnent une bonne idée, soulèvent aussi une importante question, celle du traitement, qui doit être, avant tout, chirurgical, et dont nous occuperons après la mise au point de cette curieuse observation. D'un autre côté, la date relativement lointaine (16 mois) de l'opération qui a été pratiquée, le 23 décembre 1901, permet de juger d'un résultat éloigné et d'apprécier le bien-fondé d'une intervention dans l'espèce radicale : la résection de l'os atteint. »

Marie-Louise B... est une jeune paysanne de Longefroy (Savoie). Agée de 27 ans, elle entre à l'Hôtel-Dieu, le 1^{er} décembre 1900, dans le service de M. Vallas, remplacé

par M. Villard, chirurgien des hôpitaux. Elle ne présente aucun antécédent morbide, personnel ou héréditaire.

En juin 1897, la malade, tenant à la main un bâton à extrémité aiguë, dont elle avait l'habitude de se servir pour toucher les vaches, trébucha, faillit tomber en avant. L'extrémité aiguë du bâton, dont l'autre bout était appuyé sur le sol, pénétra dans la bouche et produisit une plaie au niveau de la face externe des gencives supérieures droites. La lèvre supérieure fut, en même temps, écorchée et saigna assez abondamment. Aussitôt après cet accident, Marie B... eut de la peine à ouvrir la bouche. Dès les jours qui suivirent, l'écartement des mâchoires ne pouvait se faire qu'imparfaitement. Cependant, la malade pouvait mâcher et manger les aliments solides. Deux mois environ après ce traumatisme, en octobre 1897, elle s'aperçut d'une tuméfaction de la joue et de la région temporale droites. Le gonflement augmenta progressivement, et, en décembre de la même année, le docteur Berger, d'Aime (Savoie), incisa un abcès situé dans la région temporale, à deux travers de doigt en arrière de l'apophyse orbitaire externe. Il s'écoula du pus jaune, assez épais. Peu de jours après, la malade perça elle-même, avec une aiguille, une tuméfaction analogue, mollassse, au niveau du rebord orbitaire, un peu audessous de l'angle externe. Il s'écoula du pus dont les caractères ne donnèrent lieu à aucune remarque. La cicatrisation de ces incisions se fit en quinze ou vingt jours. La tuméfaction persista néanmoins. Dans la suite, elle s'accrut lentement.

L'année suivante, en 1898, un abcès se forma et s'ouvrit spontanément vers l'angle de la mâchoire. L'année dernière, une autre ouverture survint vers le milieu du corps du maxillaire inférieur, à droite toujours. La première de ces ouvertures est restée fistuleuse.

Pendant tout ce temps, le trismus ne céda pas. Il était plus serré pendant l'hiver que pendant l'été. A aucun moment Marie B... ne ressentit de douleurs. Elle entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, le 1^{er} décembre 1900.

On constate à ce moment, au niveau de la joue droite, une tuméfaction diffuse, du volume d'une mandarine, à contours arrondis, d'une dureté ligneuse. Cette tuméfaction englobe la branche montante du maxillaire inférieur et la partie postérieure de la branche horizontale. Elle semble adhérer, en haut, à l'arcade zygomatique, en avant, au maxillaire supérieur. Elle remplit, en arrière, la loge parotidienne; elle repousse le tragus et s'étend, en avant, jusqu'à la pommette, en haut, jusqu'au bord supérieur de l'arcade zygomatique. En bas, enfin, le bord tuméfié du corps du maxillaire inférieur forme l'extrémité de la tumeur.

Elle est immobile, fortement fixée à l'os. Ses contours ne sont pas très nets. Vers le centre de la tumeur existe un point ramolli, saillant, à peau bleuâtre. Une fistule donne quelques gouttes de pus, à un centimètre de l'angle du maxillaire inférieur. Le stylet n'arrive sur aucune surface osseuse dénudée. Une autre fistule est presque complètement cicatrisée, à deux travers de doigt en avant. On voit les deux cicatrices de la région temporale et de la partie externe de l'orbite. Ces cicatrices sont souples, incolores. La dernière est adhérente au bord antérieur du malaire. Le second fait qui frappe à l'examen est un trismus très marqué. La malade ne peut pas ouvrir la bouche; tout au plus obtient-elle un écartement de quelques millimètres, insuffisant pour que les incisives inférieures apparaissent en entier, au-dessous des supérieures, qui les dépassent. C'est cependant par ce léger espace que Marie B... arrive à introduire dans sa bouche de petits morceaux de pain,

le seul aliment solide qu'elle prenne. Elle se nourrit exclusivement de soupes.

Les dents sont saines, aucune n'est tombée au niveau de la tumeur. Les dents de sagesse inférieures existent des deux côtés, normalement développées.

On sent un petit ganglion sous-maxillaire à droite, deux ou trois à gauche.

Ces ganglions, sans signification, sont durs, mobiles, non douloureux.

L'état général est bon : rien aux poumons, rien au cœur ; urines normales.

Dans les quelques gouttes de pus, ou plutôt de sérosité louche, qui s'écoulent de la fistulette, nous n'avons pu déceler aucun grain jaune.

Le microscope ne nous a montré aucune formation ressemblant, de près ou de loin, au mycélium actinomycosique. Ces recherches du champignon rayonné ne furent pas répétées. Le diagnostic d'actinomycose s'imposait du reste par tout un ensemble de signes cliniques.

Cette malade fut opérée le 29 décembre 1900 par M. Vallas, qui pratiqua la résection de la branche montante et de l'angle inférieur du maxillaire.

Ethérisation. Incision oblique de haut en bas et d'arrière en avant, le long du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire, dans sa moitié postérieure. L'incision se prolonge un peu le long de la branche montante. Incision de toutes les couches jusqu'à l'os. Le périoste est détaché avec le détache-tendon. Il se décolle facilement sous forme d'une lame épaisse, ostéoïde.

La dénudation osseuse est poussée aussi haut que possible, en avant et en arrière.

On met ainsi à nu toute la partie hyperostosée, jusqu'au voisinage de l'articulation temporo-maxillaire,

qu'il est impossible de reconnaître exactement, en raison des poussées ostéophytiques qui ont comblé l'échancrure sigmoïde.

On pénètre alors dans la bouche. L'os est sectionné par une scie à chaîne passant entre la première et la deuxième grosse molaire. On active la désarticulation en coupant le tendon du temporal.

Les suites opératoires ont été des plus simples. La gêne fonctionnelle a disparu dès les premiers jours de l'opération.

Depuis ce moment, la malade peut ouvrir la bouche et s'alimenter facilement. Les fistules se sont taries rapidement.

Quant à la plaie opératoire externe, elle présenta un peu de suppuration à sa partie inférieure. L'ablation des fils eut lieu le 9 janvier, et le 11 la plaie était complètement cicatrisée.

A la date du 18 mai 1901, trois mois et demi après l'opération, on note les particularités suivantes ; l'état général s'est maintenu excellent, l'état fonctionnel est très bon également.

La mastication se fait bien du côté gauche de la mâchoire. L'écartement des incisives supérieures et inférieures atteint 3 à 4 centimètres. Dans ce mouvement, le maxillaire inférieur se dévie fortement à droite et en arrière, revenant à la rectitude dans la fermeture de la bouche.

On sent, à la place du squelette enlevé, des noyaux durs, qui sont vraisemblablement des noyaux osseux de nouvelle formation, d'origine périostique. Depuis cinq à six jours, la malade présente un peu de rougeur et de tuméfaction, en un point situé vers la partie antérieure de la cicatrice.

Elle fut à ce moment présentée à M. Poncet, qui constata l'excellent résultat obtenu, et remarqua la petite nodosité inflammatoire signalée plus haut.

M. Poncet soupçonna un foyer actinomycosique. La malade consentit à son ablation, qui fut pratiquée séance tenante. La pièce enlevée fut immédiatement remise au docteur L. Dor, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale, qui trouva dans ce tissu scléreux, non suppuré, plusieurs grains jaunes, caractéristiques à l'œil nu et sous le champ du microscope.

Ainsi se trouvait définitivement et complètement établi le diagnostic de lésion initiale qui présentait, lors de l'entrée de cette femme à l'Hôtel-Dieu, tous les caractères cliniques d'une actinomycose temporo-maxillaire.

Les recherches du champignon rayonné avaient été, au début, infructueuses ; ce fait n'a rien d'étonnant. Ne savons-nous pas, qu'en particulier dans les affections surajoutées, le parasite peut faire plus ou moins défaut et qu'il faut souvent des examens méthodiques répétés pour le déceler.

Le 15 avril dernier, nous avons eu des nouvelles de Marie B..., qui était retournée dans son pays, à la fin de mai 1901, après la dernière petite opération. La guérison est restée complète. Elle nous écrit : « C'est avec un grand plaisir et avec une grande joie que je m'empresse de vous annoncer que je suis parfaitement bien guérie et que je ne ressens plus aucun mal ».

Cette observation a été communiquée à la Société des Sciences médicales de Lyon, le 12 décembre 1900. La malade fut présentée dans la même séance, et M. Piollet s'exprimait ainsi :

« Nous sommes très vraisemblablement, dans ce cas, en présence d'une de ces actinomycoses étudiées dans la

thèse de Thollon (Du Sarcome actinomycosique, thèse de Lyon, 1896-1897, n° 28), sous l'inspiration de M. Poncet.

« Le début de l'affection à la suite d'une plaie infectée de la gencive, sa marche avec abcès et fistule successives, l'absence complète de douleurs, de trismus enfin, font, en effet, penser à l'actinomycose plutôt qu'à un sarcome du maxillaire inférieur ou à des accidents simplement infectieux, et M. le professeur-agrégé Villard, qui avait observé la malade pendant l'absence de M. Vallas, qu'il remplaçait, ajoutait : « Les caractères de la tumeur font, non seulement rejeter le diagnostic de sarcome, mais encore de lésions du maxillaire, liées à l'évolution de la dent de sagesse. Une tuméfaction aussi considérable n'existerait pas sans séquestres, sans trajets fistuleux avec suppuration abondante. Ces fusées vers les parties molles, ce trismus, cette tumeur avec fistules de courte durée, font invinciblement penser à l'actinomycose, mais à une forme spéciale, à la forme néoplasique, sarcomateuse, rare chez l'homme, fréquente chez les animaux, tellement rare chez l'homme qu'on n'en connaît que quatre cas jusqu'à ce jour. (*Prov. méd., loc. cit.*)

« Il appartenait à l'examen de l'os malade réséqué de nous renseigner sur les altérations qu'il avait subies, et, par cela même, de préciser la forme des lésions actinomycosiques.

DESCRIPTION DE LA PIÈCE OSSEUSE ENLEVÉE

« La branche montante droite du maxillaire inférieur est le siège d'altérations correspondantes de la mâchoire.

« Elles s'arrêtent, en effet, brusquement au niveau de la

dernière molaire, qui est saine, ainsi que les dents voisines.

« Le squelette malade, desséché, a une teinte gris-jaunâtre. Il forme, dans son ensemble, une masse dure, poreuse, creusée, sur ses faces, de vacuoles, de cavités plus ou moins grandes, plus ou moins profondes, de dimensions d'une tête d'épingle à celles d'un petit pois. Ces lacunes, à parois déchiquetées, avec des bosselures osseuses circonvoisines, donnent à la face externe de la branche montante un aspect spécial, ne rappelant pas les lésions inflammatoires habituelles. Elles témoignent d'un double processus, destructif et plastique, entraînant des déformations comparables à celles que l'on rencontre sur les mâchoires actinomycosiques des bêtes à cornes.

« Le condyle, l'apophyse coronoïde sont décapités. Ils ressemblent à des stalactites osseuses irrégulières. On ne trouve plus trace, sur le condyle, de cartilage articulaire. Il a subi, comme le reste de la branche montante, l'action lente, progressive, d'une ostéite ulcéreuse, corrodante et condensante tout à la fois.

« Cette éburnation déformante est non moins nette du côté de la face interne qui est rugueuse, hérissée également de petites crêtes osseuses, et qui présente, jusqu'au niveau du canal dentaire, considérablement agrandi, un aspect poreux identique. La branche montante est augmentée de volume. Dans sa partie moyenne, la plus saillante, elle mesure, au compas d'épaisseur, trois centimètres. Sa surface de section, pratiquée parallèlement à ses deux faces, et suivant son grand axe, montre une masse osseuse, très dense, légèrement grenue, formant un tout compact, dont l'uniformité est rompue, dans sa partie

externe, par trois ou quatre petites cavités, également irrégulières, qui se continuent dans la profondeur avec d'autres orifices ou géodes, venant du dehors. Ces fistules osseuses ne pénètrent pas au delà de 12 à 15 millimètres. On ne voit nulle part de séquestres.

« Il s'agit, en résumé, d'une ostéo-périostite actinomycosique chronique du maxillaire inférieur, à forme circonscrite et d'apparence néoplasique, essentiellement caractérisée, ainsi que nous l'avons indiqué, par un double travail de raréfaction périphérique et d'éburnation centrale, donnant à l'os atteint l'apparence de l'ivoire. Cliniquement, la tuméfaction simulait une tumeur maligne. On pouvait croire à une actinomycose osseuse néoplasique, limitée, d'Israël, affection banale chez le bœuf et d'une grande rareté chez l'homme.

« Les lésions se terminent en coup de hache, à 12 ou 15 millimètres en avant de l'angle inférieur du maxillaire, qui reprend immédiatement son volume, sa teinte, sa consistance normales.

« Elles témoignent d'un processus irritatif, lent, continu, aboutissant, en fin de compte, à une hyperostose uniforme du squelette frappé, avec vacuoles sous-périostiques et quelques géodes creuses dans l'intérieur de l'os. Ces cavités osseuses, superficielles et rarement profondes, rappellent l'actinomycose perforante. »

Les réflexions de Poncet semblent indiquer qu'il ne considère plus, ce qui n'est d'ailleurs que la vérité, les lésions actinomycosiques de la mâchoire du bœuf comme des lésions uniquement ulcératives, mais qu'il existe aussi des lésions hyperostosantes.

Dans le *Traité* qu'il avait publié avec Bérard, les cas de Fessler, Guder, Rochet et Martel, qui sont en tous points comparables à celui de Poncet, étaient alors rangés dans la forme périmaxillaire, parce que l'irritation du voisinage peut aboutir à des productions osseuses qui donnent un épaississement en masse du bord inférieur du maxillaire.

On ne pouvait évidemment pas laisser parmi les formes périmaxillaires, désignation qui indique les tissus mous comme sièges des lésions principales, des cas où les lésions osseuses étaient au premier plan au point d'impliquer une thérapeutique spéciale.

Aussi Poncet, en présence de ce cas d'ostéite condensante qu'il publie, propose-t-il d'ajouter aux formes déjà décrites une forme condensante massive, bien distincte, dit-il, de la forme sarcomateuse.

Au point de vue anatomie pathologique, cette distinction s'impose peut-être, mais, au point de vue clinique et thérapeutique, a-t-elle sa raison d'être ?

Remarquons que le cas de Poncet avait été diagnostiqué actinomycose à forme néoplasique (ou à forme bovidée).

L'examen de la pièce enlevée pendant l'opération montra, au lieu des kystes qu'on pouvait attendre, un tissu compact fait d'ostéite hyperostosante.

Mais avant l'opération, un diagnostic plus précis était-il possible ? Pouvait-on différencier cliniquement cette forme de la précédente à formation kystique.

Poncet lui-même, dans son article, ne semble pas l'avoir pensé, puisqu'il ne le tente même pas.

Pratiquement, il faut le reconnaître, la question n'a

peut-être pas grand intérêt puisque les indications thérapeutiques restent sensiblement les mêmes.

Cependant, à la lecture des observations, il nous a semblé que dans la forme condensante massive, dès l'instant où elle est bien développée, les lésions des parties molles étaient plus importantes et que le trismus, conséquence de ces lésions, était un élément constant de la symptomatologie, alors que, nous l'avons vu, dans la forme kystique, les lésions des parties molles et le trismus peuvent être absents.

De plus, il n'y avait pas, au toucher, cette sensation de parties molles et de parties dures distribuées en damier qu'on rencontre dans la forme kystique.

Dans certains cas favorables, nous croyons qu'on pourrait donc affirmer une forme hyperostosante; mais, la plupart du temps, on ne pourra que la soupçonner, ce qui n'a d'ailleurs, nous venons de le dire, qu'une importance relative.

Nous devons encore parler des lésions osseuses que l'on trouve dans les formes d'actinomyose, que le Traité de Poncet et Bérard appellent la forme térébrante centrale, caractérisée par un processus de raréfaction qui peut aboutir à des pertes de substances, analogues aux désordres que pourraient causer les pires syphilomes.

Que cette forme existe au maxillaire supérieur, c'est ce dont on ne saurait douter, et c'est là qu'elle est typique.

Poncet et Bérard ont voulu qu'elle existât aussi au maxillaire inférieur et, comme exemple, ils citent les observations de Février et d'Israël. Nous les reproduisons ici :

OBSERVATION XII

Cas F. Haskel (J. ISRAEL)

(Cité par JEANDIN)

Femme, 46 ans. Depuis deux mois, douleurs gravatives du côté extérieur de la moitié droite du maxillaire inférieur. Comme cause, petite tumeur sur le passage de la muqueuse des joues à celle des gencives. Celle-ci, malgré de fréquentes ponctions dont chacune amène du pus, se reforme toujours.

Status, 29 Janvier 1884. — Pas de gonflement du maxillaire inférieur visible à l'extérieur; mais on constate parfaitement bien à la palpation un épaississement de son bord inférieur à la partie moyenne, entre l'angle du maxillaire et le menton. Maxillaire supérieur édenté; en bas, du côté droit, manquent les trois molaires antérieures et la canine; en cet endroit, le rebord alvéolaire atrophié est recouvert d'une muqueuse lisse; les deux incisives inférieures droites sont cassées.

Correspondant à la place des deux premières molaires qui manquent, se trouve une tumeur de la grosseur d'une petite cerise, fortement adhérente à la surface externe du maxillaire inférieur.

Elle est recouverte par les replis réunis et soulevés de la muqueuse des gencives, des lèvres et des fosses.

La tumeur donne à la palpation une sensation élastique, pseudo-fluctuante (*sic*); à sa pointe, on voit une ouverture capillaire de laquelle on peut exprimer une goutte de

liquide et par laquelle une sonde pénètre profondément dans les os du maxillaire inférieur.

29 Janvier. — Incision de la tumeur parallèlement au rebord alvéolaire.

Elle montre à la section, dans la couche périphérique, un tissu granuleux de couleur rouge, auquel succède vers la profondeur un tissu mou, tacheté jaune d'or ; après l'avoir râclée, on voit, sur la paroi externe du maxillaire inférieur, une ouverture par laquelle une petite curette pénètre dans une cavité de l'os remplie de tissu mou également tacheté de jaune d'or. La masse extirpée est richement pourvue de grains d'actinomyces.

Après avoir constaté, à l'examen des pièces, la nature de la maladie déjà diagnostiquée avant l'incision, pensant que cette première tentative ne pourrait conduire à la guérison, une opération radicale fut décidée.

7 Février. — On fait une incision de la peau sur le bord du maxillaire inférieur ; on détache le périoste. La cavité de l'os est largement ouverte par l'ablation à la gouge de la paroi antérieure ; celle-ci consiste en un tissu de granulations tachetées de jaune ; on râcle le contenu formé de trabécules osseuses brisées et de grains actinomycosiques ; on extirpe le sommet de la tumeur qui fait saillie dans la bouche. Au fond de la cavité, très fortement plantée dans la profondeur de la substance corticale de l'os, se trouve la racine de la dent canine.

A la fin d'avril, la guérison était complète ; elle s'est maintenue jusqu'à ce jour ; on peut donc la considérer comme définitive.

« C'est jusqu'à présent, dit Israël, le premier et le seul cas reconnu et publié d'une lésion actinomycosique du maxillaire inférieur. » Le premier foyer central conduisait au

gonflement de l'os, perfora la paroi et forma sur place une tumeur qui poussa, en haut, le pont de muqueuse de la joue à la gencive.

Par ce fait, le cas se rapprocha d'une des formès les plus fréquentes de l'actinomyose du maxillaire du bœuf.

Ne perdons pas de vue la trouvaille de la racine dentaire au fond de la cavité du maxillaire ; ceci nous rend très probable qu'elle peut bien être en rapport étiologique avec l'affection, soit que les éléments champignonneux fussent emprisonnés dans l'os avec la racine guérie, soit qu'il existât depuis longtemps une fistule couduisant à la racine et qu'elle ait servi de chemin aux champignons pour arriver dans l'intérieur de l'os.

Relativement à l'examen des champignons, il faut encore mentionner que, à côté des druses typiques avec renflements, il s'en trouvait un grand nombre qui en étaient complètement dépourvues et qui consistaient seulement en filaments réunis en faisceaux, fortement serrés les uns contre les autres, qui, en s'entrecroisant et s'enchevêtrant de maintes façons, formaient le centre de l'amas et se dirigeaient en rayonnant vers la périphérie, le plus souvent en se divisant dichotomiquement.

OBSERVATION XIII

Un cas d'actinomyose à forme osseuse du maxillaire inférieur, par M. FÉVRIER, Professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy (*Revue Médicale, de l'Est*, 1896).

Le soldat Victorien G..., âgé de 22 ans, est entré dans mon service le 6 avril 1894. Comme antécédents héréditaires, il n'accuse que des parents rhumatisants.

Il a perdu un frère d'une maladie qu'il ignore.

Il rapporte comme maladie antérieure deux attaques de de grippe ; c'est un homme assez bien constitué, au teint un peu jaune, ne présentant aucun signe de tuberculose. Il était cultivateur et soignait des bestiaux, mais il ne se rappelle pas que les animaux confiés à ses soins fussent malades. Il raconte avoir mâchonné des brins de paille et des épis de blé. Sa maladie remonte à trois ans.

A cette époque, il souffrit des molaires de la partie gauche de la mâchoire inférieure. Il en fit arracher deux. L'une d'elles était cariée. Cette extraction détermina une hémorragie assez abondante, mais il ne s'écoula pas de pus. Les douleurs persistèrent. Les mâchoires n'étaient pas serrées et il pouvait ouvrir facilement la bouche. Cependant, à l'endroit même où s'implantaient les deux dents arrachées, il survint, dit-il, un abcès qui, bien que douloureux, ne l'inquiéta pas. Il le laissa s'ouvrir de lui-même. Les dents avoisinantes tombèrent, et la plaie ne se cicatrisa jamais.

A ce moment, la tuméfaction avait acquis tout son développement et n'aurait pas augmenté depuis. Les douleurs cessèrent à cette époque. Le malade pouvait sans craindre la moindre douleur mâcher les aliments aussi bien du côté malade que du côté sain. Les bords de l'abcès avaient, d'après lui, un aspect blanchâtre. Il ne peut fournir aucun détail sur le pus qui s'écoulait.

Voici dans quel état nous le trouvons ; le malade semble avoir une fluxion de la partie supérieure du cou. La palpation montre que le gonflement, qui va jusqu'à l'angle de la mâchoire, déborde cet os à la partie inférieure et empiète sur la région sus-hyoïdienne latérale, sur une hauteur d'environ deux travers de doigt. Sa résistance fournie par le gonflement est dure et élastique. On ne sent aucune crépitation parcheminée. La peau a sa coloration normale. Pas de cicatrice, pas de fistule. On sent un ganglion

au-dessous de la mâchoire ; il est mobile et non adhérent. Nous passons à l'examen de la bouche. Pas de constriction des mâchoires.

Nous remarquons que, dans la moitié droite, la mâchoire inférieure est saine et pourvue de toutes ses dents. La moitié gauche est dépourvue de ses molaires. A leur place s'étale une masse de fongosités d'un rouge pâle, ne saignant pas facilement et présentant à leur centre une cavité. Celle-ci, allongée en forme d'ellipse à grand axe parallèle au rebord de la mâchoire, peut admettre facilement le bout de l'index. Elle rappelle, par son aspect, les caractères de la cavité de l'épithélioma térébrant décrit au maxillaire supérieur par Verneuil et Reclus. Le doigt pénètre facilement dans l'excavation creusée dans le maxillaire.

Les parois résistantes sont tapissées de fongosités mollasses qu'il écrase en entrant. On tombe alors sur un séquestre dur et rugueux, assez étendu, allongé, tranchant et non mobile. Le doigt ramène des masses à odeur fétide et un peu de sang.

Le siège de l'affection, son aspect, la marche singulière portaient au diagnostic d'actinomycose. Nous ramenons du pus avec une petite curette. Dans certains points, il contient quelques grains jaunes, noirâtres. Nous priâmes alors notre collègue, M. Vuillemin, chargé du cours d'histoire naturelle à la Faculté de Nancy, d'examiner les quelques rares grains ramenés par la curette. Deux de ces grains montrèrent assez nettement des actinomyces avec le mycélium central et la couronne de massues.

La résection partielle de la mâchoire inférieure fut proposée au malade, qui la refusa absolument ; il fut renvoyé à son corps pour y être réformé, et nous n'en avons plus eu de nouvelles.

« Cette observation nous a paru intéressante à rapporter parce qu'elle est un exemple de ces formes osseuses de l'actinomyose, considérées autrefois comme extrêmement rares, dont le rachis seul avait le privilège et que Poncet, de Lyon, et son élève Quenet viennent de mettre en lumière par leurs travaux sur les formes térébrantes osseuses de l'actinomyose du maxillaire supérieur. Puisque dans ces derniers temps, on avait admis, en effet, que la différence capitale entre l'actinomyose du bœuf et celle de l'homme, c'est que chez le bœuf la lésion osseuse de la mâchoire était la règle, tandis que, chez l'homme, la localisation actinomycosique était surtout parostale.

« Ici, nous avons nettement affaire à une forme osseuse à cavité centrale contenant un séquestre. Dans la prolifération osseuse périphérique, nous retrouvons un processus banal, commun à beaucoup d'ostéites et dû probablement à des infections secondaires par les micro-organismes de la suppuration vulgaire. »

(Revue Médicale de l'Est)

Séance du 22 avril 1896

M. FÉVRIER. — L'observation que nous venons de voir est un exemple d'actinomyose à forme osseuse de la mâchoire inférieure, considérée autrefois comme très rare chez l'homme, où la localisation était surtout parostale, tandis que, chez le bœuf, la lésion osseuse de la mâchoire était la règle. Il semble ici que le début ait eu lieu par la portion centrale du maxillaire inférieur, qui a été frappée de nécrose, tandis qu'à la périphérie se montrait de l'ostéite productive. Le début central expliquerait l'absence de contracture des muscles élévateurs de la mâchoire,

habituellement si précoce dans les faits ordinaires d'actinomyose.

Si nous rapportons ces deux observations, c'est qu'elles ont des traits communs et que le cas d'Israël « a été cité à tort, est-il dit dans le Traité de Poncet, comme type de la forme néoplasique ».

Evidemment, il semble *a priori* qu'il y ait *loin* du cas d'Israël à celui de Ducor, qui peut être pris comme type de la forme dite des bovidés.

Cependant, les lésions élémentaires sont les mêmes : fongosités et ulcérations. Ici, cependant, le séquestre en plus. Les tableaux cliniques se ressemblent, l'un étant — si l'on ose dire — une miniature de l'autre.

Est-ce simplement une question d'âge ou de durée de la lésion ? Peut-être. La malade de Ducor souffrait depuis sept ans, et la malade d'Israël depuis deux mois. Cependant, chez le malade de Février, l'affection remontait à trois ans et les lésions ne différaient guère de celles observées dans le cas d'Israël.

D'autre part, en consultant les observations relatant des cas d'actinomyose du maxillaire supérieur, nous voyons que lorsque les lésions intéressent les rebords alvéolaires, elles offrent les mêmes types qu'à la région symétrique du maxillaire inférieur.

« Lorsque le malade se présenta à l'hôpital, on enleva deux petits séquestres du bord alvéolaire du côté droit », est-il dit dans une observation d'actinomyose du maxillaire supérieur droit rapportée par Hochenegg, et plus loin : « Dans la cavité buccale, on note que les molaires supérieures manquent à droite, les gencives sont tumé-

fiées, rouges et donnent du pus. Les orifices d'implantation sont béants. »

Ce sont presque les mêmes expressions qu'employait Février dans son observation.

En réalité, la forme anatomique des lésions osseuses dans l'actinomyose des mâchoires, et partant celle des formes cliniques, nous paraît avoir les rapports les plus étroits avec la localisation du processus.

Le processus intéresse-t-il les mêmes lames de tissu compact, qui forment le maxillaire supérieur, il y a disparition progressive de l'os et, cliniquement, l'on a affaire à une forme térébrante.

Le parasite s'implante-t-il dans les rebords alvéolaires, soit au maxillaire supérieur, soit au maxillaire inférieur, on trouve une cavité renfermant un séquestre entouré de fongosités. Et cette localisation pourrait servir de base à un type clinique qu'on dénommerait par exemple « type alvéolaire ».

Est-ce le corps même du maxillaire qui vient à être touché : deux éventualités sont possibles. Ou bien il y a formation de kystes, ou bien il y a hyperostose. Jusqu'à présent, on réservait la dénomination de forme néoplasique à la première éventualité, et celle de forme condensante massive à la seconde.

Si l'on tenait à l'expression : forme des bovidés, il serait plus exact de l'appliquer indistinctement aux deux types de lésions, puisque chez le bœuf on trouve les deux lésions simultanément.

Peut-être vaudrait-il mieux tout simplement réunir ces

deux variétés sous le nom de « forme centrale », ce qui donnerait satisfaction à la clinique qui peut difficilement différencier ces deux lésions, et ce qui éviterait une assimilation imparfaite avec l'actinomyose du maxillaire chez les bovidés.

CHAPITRE V

Diagnostic différentiel

Le problème de diagnostic différentiel qui se pose à propos d'actinomyose à forme bovine est double :

1° Etant donnée une tumeur du maxillaire due à l'actinomyose, avec quelles affections pourrait-elle être confondue ?

2° Si l'actinomyose est en jeu, s'agit-il d'une forme bovine ?

Il est inutile d'insister sur l'extrême importance qu'il y a de donner une solution juste à ces deux questions, tant au point de vue du pronostic que du traitement.

Nous avons déjà répondu à la deuxième question au chapitre précédent, en indiquant comment pourraient être classées, d'après nous, les lésions osseuses du maxillaire dues à l'actinomyose.

Nous devons maintenant exposer avec quelles affections le médecin est exposé à confondre une actinomyose du maxillaire inférieur à forme bovine ?

En lisant les observations, on remarque bien vite que la confusion a été le plus souvent faite avec le sarcome.

Un grand nombre de médecins, dit l'observation de Ducor, diagnostiquèrent un sarcome du maxillaire.

Rappelons que les ostéosarcomes centraux ou périostiques peuvent être distingués cliniquement des sarcomes à myéloplastés. Etant donné une tumeur du maxillaire, quels seront les éléments de diagnostic différentiel ?

Les ostéosarcomes débutent souvent par une période de douleurs à type névralgique extrêmement intenses, surtout nocturnes. Puis apparaît seulement le premier symptôme objectif : la tuméfaction de l'os.

La tuméfaction actinomycosique n'est pas généralement précédée d'une période douloureuse; en tous cas, la douleur est moins violente. Par contre, il existe, ou il a pu exister, et quelquefois depuis assez longtemps, une lésion chronique de la muqueuse gingivale.

Quand la tuméfaction se développe, « elle passe par les trois stades habituels aux néoplasmes centraux du maxillaire : d'abord consistance uniformément dure de l'os épaissi et comme soufflé, puis crépitations parcheminées, quand la coque est assez amincie pour se laisser déprimer par la pression du doigt ».

Cette phase a été décrite au sujet des sarcomes; elle pourrait aussi bien s'appliquer à l'actinomycose.

Cependant, une vascularisation anormale de la peau, une chaleur locale plus accentuée devraient peut-être faire pencher plutôt vers l'idée de sarcome.

Les ulcérations, quand elles existent, fournissent un élément de diagnostic important. C'est que, en effet, sauf dans les ostéosarcomes à marche rapide, la peau est longtemps respectée. La tumeur peut être à la deuxième et même à la quatrième année de son évolution sans qu'il se

soit produit d'ulcération ni du côté de la bouche, ni du côté de la peau. Le néoplasme a peu de tendance à s'ulcérer.

La présence d'ulcérations, survenant relativement peu de temps après le début de la tumeur devra donc éveiller l'idée d'actinomycose.

Les caractères mêmes de l'ulcération sont riches en indications. Une masse sarcomateuse se creuse au centre, là où le tissu néoplasique se désagrège; mais ses bords se continuent, pénètrent dans le tissu voisin : il y a là une sorte de bourrelet charnu qui est la marque anatomique de la tendance infiltrante du tissu néoplasique.

L'ulcération actinomycosique est produite par une masse végétante à bords non décollés, déchiquetés, sans distinction centrale. D'ailleurs, la multiplicité des fistules au niveau de la muqueuse gingivale, la présence de cicatrices ayant succédé à de petits foyers purulents qui se sont vidés dans le voisinage du maxillaire, sont caractéristiques d'inflammation chronique. « Un sarcome ramolli, dit Fessler, est en général le commencement de la désagrégation de toute la tumeur. Une cicatrice solide devait paraître à mon sens une rareté. »

Chose remarquable, les symptômes qui évoquent l'idée d'inflammation aiguë ou subaiguë, telles que douleur vive et rapidité d'évolution, ne doivent pas faire éliminer d'emblée le diagnostic sarcome. Il faut se rappeler que s'il y a des sarcomes qui évoluent lentement (on en a cité qui ont duré six ans), il y en a qui ont une marche véritablement très rapide. Cependant, un caractère assez particulier à l'actinomycose est celui signalé dans l'observation de Ducor : « processus tantôt néoplasique, tantôt inflamma-

toire ». Des poussées aiguës se greffant sur une évolution néoplasique devraient donc faire penser à l'actinomycose.

Quant au sarcome à myélopaxes, c'est une tumeur à évolution lente, succédant parfois à une epulis. Si on peut l'apercevoir dans la bouche, on constatera sa teinte brune ou violacée à travers une mince couche de tissu gingival.

C'est toujours une tumeur vasculaire; elle peut être animée de battements et présenter du souffle. Le tégument externe, qui est très vascularisé parfois, ne s'ulcère pas; mais des bourgeons percent la muqueuse gingivale pour végéter à l'intérieur de la bouche.

Enfin, on pourrait, pour différencier l'actinomycose du sarcome, avoir recours à la radiographie qui pourrait mettre en évidence les caractères centripètes du premier et progression excentrique du second.

Les caractères différentiels que nous venons d'indiquer permettent parfois d'établir une forte présomption en faveur de telle ou telle hypothèse. Ils arrivent rarement à donner une certitude.

C'est que les limites ne sont pas très nettes entre les lésions inflammatoires dues à l'infection du tissu conjonctif et celles du sarcome : il y a entre elles tous les termes de transition.

Sans vouloir le moins du monde toucher à ce sujet, nous pouvons remarquer ici que la question de l'origine infectieuse du cancer a déjà été posée.

Le cancer n'est-il qu'une modalité d'ailleurs bien particulière de l'inflammation ? Il semble que la réponse à cette question est beaucoup moins un problème de morphologie que de physiologie cellulaire; vouloir juger de l'aptitude cancéreuse d'un tissu sur l'aspect des cellules

dont il se compose, est une prétention dont le moins qu'on puisse dire, c'est qu'elle dépasse dans bien des cas les limites de nos connaissances actuelles.

Encore une fois, si nous avons dit un mot de cette question, c'est que l'anatomie pathologique des lésions actinomycosiques montre combien se pénètre le domaine de l'inflammation et celui du cancer.

Et puis cela montre, et c'était là notre véritable but, la difficulté du diagnostic entre sarcome et lésion inflammatoire d'origine actinomycosique.

Les kystes adamantins de la mâchoire, qu'on désigne encore sous le nom de maladie kystique des mâchoires, peuvent simuler l'actinomycose à forme des bovidés.

Mais il faut d'abord remarquer que les kystes adamantins sont assez rares. La plupart ne se développent qu'entre sept et quinze ans.

L'étude clinique attentive même de leur développement pourra permettre de les différencier.

Au début, la tuméfaction due aux kystes adamantins est limitée au centre de l'os, et le bord inférieur du maxillaire est respecté sur une faible hauteur.

Mais plus tard, quand le kyste adamantin est devenu multiloculaire, la différenciation avec l'actinomycose est beaucoup plus difficile : cependant, la présence d'ulcérations multiples est, comme nous l'avons déjà vu, un bon signe d'actinomycose, tandis qu'on ne voit jamais s'ulcérer un kyste adamantin.

La ponction exploratrice pourra montrer un liquide épais, gélatineux ou jaunâtre et filant dans le cas de kyste

adamantin. On n'y constatera en tous cas jamais les grains caractéristiques de l'actinomycose.

La présence d'ulcérations et de fongosités sortant au niveau des alvéoles sur un maxillaire tuméfié pourront faire penser (*obs.* de JACQUES, de FÉVRIER) à cette affection que Verneuil a appelée l'épithélioma térébrant et dont on a démontré l'origine paradentaire.

Remarquons simplement qu'il est beaucoup plus fréquent au niveau du maxillaire supérieur.

L'étude de l'ulcération permettra d'arriver au diagnostic vrai. L'épithélioma a son siège au voisinage immédiat d'une dent. « Il ne refoule pas, seulement il envahit », dit Ombredanne. La muqueuse est ulcérée par suite de cet envahissement.

L'observation de M. le professeur Jacques montre, au contraire que la masse végétante, le fungus inflammatoire, est limité par un bord mou, décollé, livide, déchiqueté.

L'actinomycose à forme des bovidés peut-elle être aussi confondue avec des affections inflammatoires ? La forme hypertrophique de l'ostéomyélite sera consécutive à des poussées aiguës et ensuite subaiguës d'ostéomyélite qui auront un caractère beaucoup plus nettement inflammatoire et qui d'ailleurs s'accompagnent à un moment donné de fièvre intense, avec retentissement sur l'état général.

S'il existe des fistules, on ne trouvera jamais de grains jaunes dans le pus qui s'en écoule.

Quant à la tuberculose, elle pourrait donner lieu à des difficultés de diagnostic, tout au moins à la période d'ulcération.

Rappelons que la tuberculose n'a pas tendance à former des galeries, des tunnels dans le corps de l'os. Elle peut faire des séquestres, mais ces séquestres seront environnés de fongosités pâles et œdémateuses, tissu à vitalité minime, n'évoquant jamais l'idée d'exubérance.

La tuberculose détermine plus des fistules que des végétations.

Les lésions tuberculeuses du maxillaire ne se voient que chez des malades dont le poumon et même le larynx sont déjà très éprouvés. Elles ont d'ailleurs une tendance à évoluer de la surface à la profondeur et peuvent être consécutives à un lupus périmaxillaire.

Les lésions d'actinomyose à forme des bovidés, sauf celles du début, ne peuvent guère être simulées par la syphilis. Si un doute s'élevait, la réaction de Wassermann et le traitement spécifique pourraient fixer le diagnostic.

D'ailleurs, ce qui importe, en face d'une tumeur de la mâchoire inférieure, c'est de penser au diagnostic d'actinomyose, car cette éventualité étant envisagée, on recherchera le parasite, et de sa découverte dépendra la confirmation ou l'infirmité d'un diagnostic que la clinique permet, la plupart du temps, seulement de soupçonner.

CHAPITRE VI

Étiologie et Pathogénie

L'étiologie des formes maxillaires de l'actinomycose n'est pas encore complètement élucidée.

Comme pour toutes les lésions infectieuses de la mâchoire, on a voulu voir dans la carie dentaire une condition favorisant l'implantation de l'oospora dans les maxillaires.

Les cas de maxillite centrale ont même été invoqués par les partisans de cette théorie, comme lui étant particulièrement favorable.

Les observations d'Israël, que nous rapportons, en seraient un exemple concluant. Un argument qui paraît décisif, c'est la présence du mycélium de l'oospora dans les canaux radiculaires, mise en évidence par Israël et Partsch, sur la coupe de dents malades.

Cependant, Poncet et Bérard n'admettent pas ce rôle de la carie dentaire qui, au point de vue de l'actinomycose, leur apparaît plus une défense qu'un danger, l'oospora disparaissant dans les cultures où il est mélangé à d'autres microbes.

Ils font remarquer que la valeur des constatations de Partsch et Israël a été contestée par Bostroëm, et que, d'ailleurs, ils ont pu constater eux-mêmes un cas d'actinomycose néoplasique centrale où il n'y avait pas de carie en évolution.

Il est certainement des cas où l'infection de la muqueuse gingivo-buccale a précédé et déterminé l'infection osseuse.

Mais les arguments de Poncet et Bérard pour démontrer que la carie dentaire ne favorise pas l'implantation du parasite, n'ont pas entraîné notre conviction.

De leur exposé, il résulte que la carie dentaire n'est pas une condition nécessaire au développement d'une lésion actinomycosique osseuse, notamment d'une maxillite centrale.

Mais si la constatation de Partsch et d'Israël a été infirmée, c'est quant à la nature du parasite trouvé dans les canaux dentaires; ce n'était pas de l'oospora, paraît-il, mais du *Leptothrix*. Quoi qu'il en soit, c'est un fait intéressant qu'un mycélium puisse infecter des canaux dentaires. Dans les cas considérés, ce n'était pas l'oospora qui était en question. Peut-être des recherches plus heureuses permettraient-elles de le trouver ? Rien n'interdit de le penser. En tous cas, la question reste entièrement ouverte.

La pathogénie des formes néoplasiques est encore plus entourée d'obscurité.

Pourquoi, dans certains cas, l'actinomyces détermine-t-il un processus néoplasique ?

Pour Thollon, quand l'actinomyces agit seul (sans

infection secondaire), il paraît produire non de la suppuration, mais un processus néoplasique. Et ceci explique, dit-il, le peu de fréquence du sarcome actinomycosique, car il est difficile que le parasite, en s'insinuant dans les tissus, n'entraîne pas avec lui quelques organismes pyogènes, et cela d'autant plus facilement que l'inoculation se fait d'ordinaire par la bouche, milieu septique par excellence.

Poncet et Bérard font remarquer que l'actinomyces produit en général deux types de lésions : le type néoplasique et le type inflammatoire, de beaucoup le plus rare.

Le processus néoplasique n'est pas spécial au maxillaire inférieur; on l'a rencontré aussi à la langue.

Il est en relation avec les tissus richement vascularisés, capables par conséquent d'une réaction intense et dans lesquels le parasite, même virulent, ne peut étendre beaucoup son action.

Ici encore nous touchons à la question très générale du rapport des tumeurs avec l'inflammation.

Mentionnons seulement que d'autres maladies chroniques se présentent avec des formes inflammatoires et des formes néoplasiques.

La tuberculose des os, par exemple, outre les formes anatomiques inflammatoires bien connues, ne présente-t-elle pas une forme dite « caries carnosa », qui simule un néoplasme et peut aussi être confondue avec un ostéosarcome ?

CHAPITRE VII

Pronostic et Traitement

Le pronostic de l'actinomycose à forme des bovidés doit être considéré comme très différent, suivant que l'affection est abandonnée à elle-même ou qu'elle est l'objet d'un traitement.

Abandonnée à elle-même, c'est incontestablement une affection grave. Comme le dit Thollon, la tumeur devient à un moment donné dangereuse par la gêne fonctionnelle qu'elle occasionne et qui retentit sur l'état général du malade. Les troubles de la mastication et de la déglutition peuvent conduire à une cachexie profonde, cependant que les souffrances affectent douloureusement l'état du sujet.

Mais le pronostic est surtout assombri par les infections secondaires surajoutées. Une suppuration continue épuise le malade; avec le pus, la fièvre apparaît, suivie de tout son cortège symptomatique, entravant les grandes fonctions de l'organisme, et la vie du malade est directement

menacée soit par affaiblissement progressif, soit par pyohémie.

Tout ceci est vrai, encore qu'un peu théorique. En fait, aucune observation n'a signalé la mort chez les malades atteints de cette affection.

C'est que c'est une affection dont l'évolution est très lente, douloureuse, gênante, ce qui engage les malades, plus ou moins tardivement, à se montrer au médecin, qui dispose de moyens très efficaces pour la combattre.

Même à la période des ulcérations, le pronostic ne s'assombrit qu'à la longue et en raison de la surface de ces ulcérations. La malade de Ducor souffrait depuis huit ans de sa tumeur, qui présentait de nombreuses petites fistules communiquant avec la bouche; or, l'observation dit que la malade était amaigrie, mais non cachectisée.

Il ne faut donc pas, pratiquement, exagérer la gravité de l'actinomyose à forme des bovidés. Poncet et Bérard voient dans le type néoplasique une forme atténuée de la maladie « qui tend à évoluer sur place, sans pousser dans les tissus voisins ses incursions habituelles. La guérison spontanée, ajoutent-ils, en est assez fréquente ».

Malgré cette affirmation, nous ne croyons pas qu'actuellement un médecin, devant une lésion qu'il saurait de nature actinomycosique, l'abandonnerait à elle-même.

Nous disposons d'abord du traitement iodé, sous forme d'iodure de K, absorbé à l'intérieur ou administré en injections locales.

Quoique les chirurgiens lyonnais considèrent que le traitement ioduré ne doit être, dans la majorité des cas, qu'un adjuvant du traitement chirurgical, c'est à lui qu'on

aura d'abord recours. L'observation de M. le professeur Jacques montre quels bons effets on en pourra retirer.

Si ce traitement se montrait insuffisamment efficace, on devrait avoir recours à un traitement chirurgical dont la modalité : curetage ou résection, devrait être discutée à chaque cas particulier.

CONCLUSIONS

L'actinomycose du maxillaire inférieur à forme des bovidés se caractérise par la localisation du parasite au niveau du corps de cet os.

Il semble, en effet, que la physionomie clinique de l'affection soit commandée par cette localisation.

D'une part, en effet, elle ne varie guère avec la forme anatomique des lésions; d'autre part, la localisation alvéolaire de l'actinomycose a un tout autre aspect.

La comparaison avec l'ostéosarcome du bœuf d'origine actinomycosique qui a donné son nom à cette forme clinique, quoique intéressante, n'est peut-être pas très exacte au point de vue anatomo-pathologique.

Le diagnostic de cette affection présente de réelles difficultés; c'est surtout avec les ostéosarcomes qu'une confusion peut être faite.

Une analyse précise des symptômes permettra souvent de faire le diagnostic, qui devra cependant être toujours confirmé par un examen de laboratoire.

VU :

Nancy, le 7 Juillet 1915.

Le Président de la Thèse :

E. MEYER.

VU :

Nancy, le 7 Juillet 1915.

Le Doyen :

E. MEYER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Nancy, le 8 Juillet 1915.

Le Recteur de l'Académie :

CH. ADAM,

Membre de l'Institut

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BECU. — De l'actinomycose chez l'homme. Thèse de Paris, 1892.
- BRUNS (Von). — Zentrale Aktinomycose des Unterkiefers. In *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 1903, résumé, in *Zentralblatt für Chirurgie*, 1903.
- CART. — Contribution à l'étude de l'actinomycose chez l'homme. Thèse de Paris, 1890.
- CHAUFFARD et TROISU. — Actinomycose cervico-rachidienne. In *Revue de Médecine*, 1909.
- CHIBRET. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des épithéliomas adamantins. Thèse de Lyon, 1894.
- DUCOR. — Actinomycose circonscrite du maxillaire inférieur. In *Journal de Médecine de Paris*, 1896.
- Actinomycose néoplasique limitée du maxillaire. In *Gazette des Hôpitaux*, 1896.
- DUMAS. — De l'actinomycose animale. Thèse de Lyon, 1897.
- FÉVRIER. — Un cas d'actinomycose à forme osseuse du maxillaire inférieur. In *Revue médicale de l'Est*, 1896.
- FIRKET. — L'actinomycose de l'homme et des animaux, in *Revue de Médecine de Paris*, 1884.
- GANGOLPHE. — Traité des maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.
- GUDER. — Etude sur l'actinomycose chez l'homme, en Suisse. In *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1891.

- GLUCK. — « Demonstration eines Falles von geschwulstartiger Actinomybose des Unterkiefers », alle Berliner medicinische Gesellschaft », *Berliner Klinische Wochenschrift*, nov. 1896.
- HACKER (Von). — Ueber die seit einen Jahre an der chirurgischen Klinik in Innsbrück brobachteten Falle von Actinomybose. In *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1897.
- HOFFMANN. — Ein Falles von Aktinomybose des Ober und Unterkiefers. In *Deutsch Medicinische Wochenschrift* Vereinsbeilage, 1900, p. 288.
- ISRAËL (James). — Neue Beobachtungen auf dem Gebiete der Mykosen der Menschen. In *Virchow's Archiv*, 1878, tome LXXIV, s. 15.
- JACQUES. — Cas pour diagnostic : Actinomybose du maxillaire inférieur à type des bovidés. In *Bulletin de la Société de Médecine de Nancy*, 3 et 10 mars 1915.
- JEANDIN (J.). — Etude sur l'actinomybose de l'homme et des animaux. Thèse de Genève, 1886.
- MONIN. — Traité des Maladies du bétail, 1911.
- NOCARD, LUCET et POIRIER. — Présentation d'une note relative à un cas d'actinomybose chez l'homme. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, août 1888.
- NOCARD et LECLAINCHE. — Les maladies microbiennes des animaux, 1898.
- OMBREDANNE. — Maladies des mâchoires. Article du *Nouveau Traité de Chirurgie* Le Dentu et Delbet, 1909.
- PONCET. — Sarcome actinomycosique du maxillaire inférieur. In *Lyon Médical*, 3 mai-5 juillet 1896.
- Actinomybose osseuse. Article in *Traité de Chirurgie* S. Duplay et Reclus, T. II, 2^e édition, 1897.
- Actinomybose d'apparence néoplasique du maxillaire inférieur. In *Revue de Chirurgie*, 1902.
- PONCET et BÉRARD. — Traité clinique de l'actinomybose humaine, 1898.
- PONFICK. — Ueber eine warscheinslich mykotische Form von Wirbelcaries, in *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1879, n° 23 p. 345.

QUENET. — De l'actinomyose du maxillaire supérieur. Thèse de Lyon, 1895.

ROCHET et MARTEL. — Trois cas d'actinomyose cervico-faciale : une nouvelle forme hyperostosante, une forme très atténuée, une forme commune. In *Gazette Médicale de Paris*, 1898.

THOLLON. — De l'actinomyose néoplasique. Thèse de Lyon, 1896.

TOMASINI. — Contribution à l'étude des ostéosarcomes du maxillaire inférieur. Thèse de Paris, 1908.

ZIEGLER. — Traité d'anatomie pathologique. Traduction française, 2^e édition, 1910.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION	3
CHAPITRE PREMIER	
Historique	8
CHAPITRE II	
L'Actinomycose de la mâchoire inférieure chez les Bovidés.	34
CHAPITRE III	
La forme bovine de l'Actinomycose chez l'Homme. Son diagnostic	42
CHAPITRE IV	
Anatomie pathologique	54
CHAPITRE V	
Diagnostic différentiel	95
CHAPITRE VI	
Etiologie et Pathogénie	102
CHAPITRE VII	
Pronostic et Traitement	105
CONCLUSIONS	108
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	109

